

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum RSUP DR. M.Djamil Padang

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. M. Djamil adalah rumah sakit Kelas A Pendidikan dengan status Badan Layanan Umum (BLU), merupakan rumah sakit rujukan untuk wilayah Sumatera Bagian Tengah, melayani masyarakat di wilayah Provinsi Sumatera Barat, Riau, Jambi, Bengkulu, serta wilayah Sumatera Utara bagian selatan dengan kapasitas 800 TT

RSUP DR. M Djamil Padang awalnya bernama RSU Megawati, menempati 2 (dua) komplek, yaitu di Jalan Belakang Gereja dan di Jalan Jati Lama dengan kapasitas 100 TT. Pada tahun 1953 dibangun gedung baru di atas tanah seluas 8.576 Ha di Jalan Perintis Kemerdekaan, dengan nama RSUP DR.M.Djamil Padang yang diresmikan pada tahun 1978 berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 134 tahun 1978, yaitu untuk mengabadikan nama salah seorang putra terbaik Sumatera Barat dalam masa perjuangan kemerdekaan, yaitu Dr. M. Djamil, Ph.D, DSc.

RSUP DR.M.Djamil Padang telah mengalami berbagai perubahan status. Pada tahun 1994 melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 542 tahun 1994, RSUP DR.M.Djamil Padang ditetapkan sebagai Unit Swadana. Tahun 1997, guna memberikan otonomi di bidang pengelolaan pendapatan, sesuai dengan Undang-Undang Nomor 20 tahun 1997 tentang Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP), RSUP DR.M.Djamil Padang ditetapkan sebagai Unit Pengguna PNBP, berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 123/2000, RSUP DR.M.Djamil Padang berubah status menjadi Rumah Sakit Perusahaan Jawatan (RS Perjan) dengan nama Perjan RS DR. M. Djamil Padang. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2005, Perjan RSUP DR. M. Djamil Padang dikembalikan statusnya menjadi Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kemenkes RI, dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU).

Di dalam pengembangan pelayanan, pendidikan dan penelitian di era globalisasi, AFTA 2015, peningkatan rumah sakit sudah menjadi kelas A di akhir tahun 2016, serta tuntutan masyarakat terhadap pelayanan yang semakin

meningkat, maka RSUP Dr M Djamil Padang harus memberikan pelayanan terbaik, bermutu tinggi dan mengutamakan keselamatan pasien

5.1.1 Visi, Misi, Motto dan Kebijakan

Rumah Sakit Visi :

“Menjadi Rumah Sakit Pendidikan Dan Rujukan Nasional Yang Terkemuka Di Indonesia Tahun 2019 ”

Misi :

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif dan bertaraf internasional, berdaya saing, dan terjangkau oleh semua lapisan masyarakat.
2. Menyelenggarakan pendidikan yang professional & penelitian berbasis bukti dibidang kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
3. Menyelenggarakan sistem manajemen rumah sakit yang profesional
4. Menjadikan tempat kerja yang aman, nyaman dan menyenangkan

Motto :

“Kepuasan Anda Adalah Kepedulian Kami” Nilai-nilai budaya / core values adalah nilai PEDULI (Profesionalisme, Empati, Daya saing, Utama, Loyal dan Iklas).

Sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr M. Djamil Padang tahun 2015-2019, berkeinginan sebagai rumah sakit pendidikan terbaik, berkualitas bagi peserta didik sesuai standar kompetensi dan perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi & informasi, tempat kerja yang nyaman dan menyenangkan bagi seluruh jajaran rumah sakit, terbentuknya kerjasama yang profesional, serta terwujudnya kepuasan pelanggan (RSUP Dr.M.Djamil, 2014).

5.1.2 Keadaan Demografis

Sumatera Barat adalah salah satu provinsi di Indonesia yang terletak di pulau Sumatera dengan Padang sebagai ibu kotanya. Sesuai dengan namanya, wilayah provinsi ini menempati sepanjang pesisir barat Sumatera bagian tengah dan sejumlah pulau di lepas pantainya seperti Kepulauan Mentawai. Dari utara ke selatan, provinsi dengan wilayah seluas 42.297,30 km² ini berbatasan dengan empat provinsi, yakni Sumatera Utara, Riau, Jambi, dan Bengkulu. Jumlah penduduk Provinsi Sumatera Barat pada tahun 2002 sebanyak 4.375.080 jiwa dan menduduki

ranking ke 5 di bawah propinsi Sumatera. Berdasarkan data Kabupaten dan kota di Propinsi Sumatera Barat, jumlah penduduk terbanyak terdapat di kota Padang, yaitu 743.220 jiwa.

RSUP Dr. M. Djamil Padang adalah sebuah rumah sakit pemerintah yang terletak di kota Padang, provinsi Sumatera Barat, merupakan rumah sakit rujukan untuk wilayah Sumatera Bagian Tengah serta wilayah Sumatera Utara bagian selatan.

5.1.3 Jenis Pelayanan RSUP DR.M.Djamil Padang

RSUP.DR.M.Djamil Padang merupakan rumah sakit tipe A, pelayanan rujukan tingkat lanjut bagi rumah sakit tipe B dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat dua yang ada disekitarnya. Oleh karena itu rumah sakit sudah memiliki pelayanan yang lengkap serta sarana prasarana yang lengkap. Bentuk pelayanan yang dilaksanakan oleh RSUP DR. M.Djamil Padang berupa kegiatan pelayanan kesehatan, memberikan dan memfasilitasi pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian. Jenis pelayanan kesehatan yang sudah tersedia di RSUP DR.M.Djamil Padang mengacu kepada standar Permenkes No. 56 Tahun 2014 berdasarkan kelas RS tipe A, seperti yang terlihat pada tabel 5.1 dibawah ini :

Tabel. 5.1: Standar Pelayanan RSUP DR. M.Djamil Padang Tahun 2017 Berdasarkan Permenkes No.56 Tahun 2014

No	Jenis Pelayanan	Standar RS Kelas A	Ketersediaan	Keterangan
1	2	3	4	5
Pelayanan Medik				
1	Pelayanan gawat darurat (24 jam sehari)	√	Ada	Sudah terlaksana ditambah dengan adanya DPJP onsite 4 dasar (bedah, penyakit dalam, kebidanan, anak, anestesi)
2	Pelayanan medik spesialis dasar			
	- Pelayanan penyakit dalam	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan kesehatan anak	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan bedah	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan obgin	√	Ada	Sudah terlaksana
3	Pelayanan medik spesialis penunjang			
	- Pelayanan anastesiologi	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan radiologi	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan patologi klinik	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan patologi	√	Ada	Sudah terlaksana

1	2	3	4	5
	- Pelayanan rehabilitasi medik	√	Ada	Sudah terlaksana
4	Pelayanan medik spesialis lain (minimal tersedia 8 pelayanan)			
	- Pelayanan mata	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan THT	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan syaraf	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan jantung	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan kulit dan kelamin	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan kedokteran jiwa	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan paru	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan orthopedi	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan urologi	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan bedah syaraf	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan bedah plastik	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan kedokteran forensik	√	Ada	Sudah terlaksana
5	Pelayanan medik subspesialis			
	- Pelayanan subspesialis bedah	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan subspesialis penyakit dalam	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan subspesialis kesehatan anak	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan subspesialis obgin	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan subspesialis mata	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan subspesialis THT	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan subspesialis syaraf	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan subspesialis jantung dan pembuluh darah	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan subspesialis kulit dan kelamin	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan subspesialis kedokteran jiwa	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan subspesialis paru	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan subspesialis ortopedi	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan subspesialis prosthodonti, dan penyakit mulut	√	Ada	Sudah terlaksana
6	Pelayanan medik spesialis lain	√	Ada	Sudah terlaksana
	Pelayanan spesialis gigi (minimal 3 pelayanan)		Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan bedah mulut	√	Ada	Sudah terlaksana
	- Pelayanan konservasi / endodonti	√	Ada	Sudah terlaksana

1	2	3	4	5
-	Pelayanan orthodonti	√	Ada	Sudah terlaksana
-	Pelayanan prosthodonti	√	Ada	Sudah terlaksana
-	Pelayanan pedodensi dan penyakit mulut	√	Ada	Sudah terlaksana
	Pelayanan Kefarmasian (pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan BHP, dan pelayanan farmasi klinik)	√	Ada	Sudah terlaksana
	Pelayanan keperawatan dan kebidanan (meliputi asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan)	√	Ada	Sudah terlaksana meskipun tenaga yang di,iliki masih belum mencukupi sesuai standar
	Pelayanan penunjang klinik			
-	Pelayanan bank darah	√	Ada	Sudah terlaksana
-	Perawatan intensif	√	Ada	Sudah terlaksana
-	Pelayanan gizi	√	Ada	Sudah terlaksana
-	Sterilisasi instrumen	√	Ada	Sudah tersentral di CSSD
-	Rekam medis	√	Ada	Sudah menggunakan SIMRS, sudah terintegrasi dengan sistem BPJS
	Pelayanan Penunjang Non Klinik			
-	Pelayanan laundry/linen	√	Ada	Sudah terlaksana
-	Jasa boga/dapur	√	Ada	Sudah terlaksana
-	Teknik dan pemeliharaan fasilitas	√	Ada	Sudah terlaksana
-	Pengelolaan limbah	√	Ada	Sudah terlaksana
-	Gudang logistik	√	Ada	Sudah berfungsi sebagai tempat penyimpanan barang RS sebelum didistribusi ke unit-unit pelayanan
-	Ambulans	√	Ada	Merupakan layanan unggulan ambulans panggil 24 jam
-	Sistem informasi dan komunikasi	√	Ada	SIMRS sudah ada tapi masih belum terintegrasi keseluruhan unit pelayanan perawatan (optomal: 70%)
-	Pemulasaran jenazah	√	Ada	Sudah terlaksana
-	Sistem penanggulangan kebakaran	√	Ada	Sudah memiliki APAR, smoke detector, dan hydrant
-	Pengelolaan gas medik	√	Ada	Sudah terlaksana
-	Pengelolaan air bersih	√	Ada	Sudah terlaksana
	Pelayanan Rawat Inap	√	Ada	Sudah ada 11 ruangan pelayanan rawat inap (termasuk VIP)
	Pelayanan Rawat Jalan	√	Ada	Sudah ada 18 pelayanan poliklinik, ditambah Poli Eksekutif, Poli Nyeri, poli Geriatri

Sumber : Data profil RSUP DR.M.Djamil Padang (Renstra tahun 2015-2019)

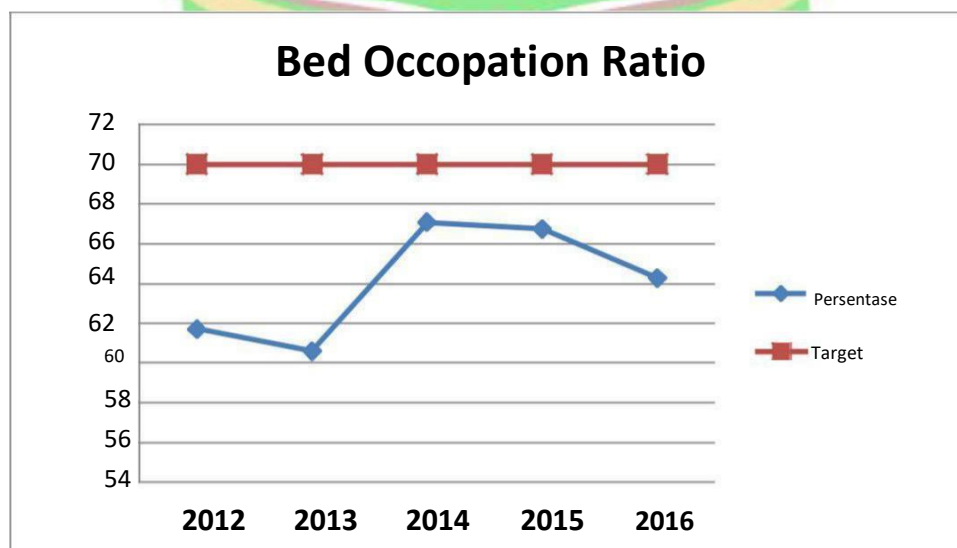
Dari data diatas dapat dilihat bahwa jenis pelayanan yang ada di RSUP DR.M.Djamil Padang saat ini yang sudah menjadi rumah sakit Kelas A pendidikan

utama, sudah melaksanakan semua jenis pelayanan sesuai standar pelayanan yang ditetapkan dari Kemkes RI. Beberapa jenis pelayanan sudah memiliki ketersediaan dokter subspesialis, dokter spesialis, beberapa dokter pelayanan spesialis penunjang lainnya, pelayanan keperawatan kebidanan, pelayanan farmasi, pelayanan gizi serta pelayanan penunjang lainnya. Ketersediaan pelayanan tersebut didukung dengan ketersediaan SDM dari semua profesi pemberi asuhan (PPA) dalam memberikan asuhan pasien serta menjamin keselamatan pasien rumah sakit.

5.1.4 Pencapaian Kinerja Rumah Sakit

5.1.4.1 BOR (*Bed Occupancy Rate / percentage bed occupanpcy*)

Angka pencapaian kinerja RSUP DR.M.Djamil Padang berdasarkan *Bed Occupancy Rate* (BOR) pada tahun 2012 sampai tahun 2016 belum mencapai standar . Standard nilai ideal untuk BOR menurut Barber Johnson 75-85%. BOR merupakan angka yang menunjukkan presentase tingkat penggunaan tempat tidur pada satuan waktu tertentu di unit rawat inap (bangsal). Penghitungan BOR untuk mengetahui tingkat penggunaan tempat tidur suatu rumah sakit. Angka BOR yang rendah berarti kurangnya penggunaan fasilitas perawatan rumah sakit oleh masyarakat. Namun angka BOR yang tinggi juga mengindikasikan rendahnya kinerja rumah sakit. Berikut dapat dilihat pada gambar 5.1 tentang pencapaian BOR RSUP DR.M.Djamil Padang selama 5 tahun:



Gambar. 5.1: BOR RSUP DR.M.Djamil Padang Tahun 2012-2016
Sumber : Laporan Bagian Perencanaan 2017.

Dapat dilihat pada gambar 5.1 bahwa persentase capaian indikator mutu *Bed Occupation Ratio* (BOR) dari tahun 2012 sampai dengan tahun 2017, terlihat trend capaian bervariasi setiap tahunnya. Peningkatan angka BOR tertinggi terdapat di tahun 2014 yaitu 67%, di tahun 2016 BOR menurun menjadi 63%. Standar efisiensi BOR adalah 75%-85%. Indikator standar yang ditetapkan oleh rumah sakit yaitu 70%, artinya belum mencapai target yang diharapkan. Hal ini disebabkan sejak pemberlakuan sistem JKN/ BPJS.

Disisi lainya penurunan BOR karena faktor ketersediaan alat medis yang tidak tersedia saat pelayanan, keterbatasan alat medis dengan jumlah masih terbatas, salah satunya instrumen khusus untuk bedah orthopedi dan instrumen bedah syaraf, masing-masing jenis alat tersedia 1 set, standar kebutuhan masing-masing instrumen minimal 3 set (Sumber data: Instalasi Bedah Sentral, Bidang Fasilitas Medik, 2017).

Faktor penyebab lainnya adalah jumlah tenaga dokter sub spesialis yang masih kurang seperti, sub spesialis bedah syaraf, berjumlah 1 orang standar kebutuhan minimal 2 orang, sub spesialis bedah mulut dan gigi masih kosong, kebutuhan 1 orang. Dampak dari masalah tersebut pasien menunggu daftar antrian yang panjang baik di rawat inap maupun di kamar operasi (Sumber data: Bidang Pelayanan Medik, 2017).

5.1.4.2 AVLOS (*Average Lengt Of Stay*)

Angka pencapaian kinerja RSUP DR.M.Djamil Padang berdasarkan AVLOS (*Average Lengt Of Stay*) pada tahun 2012 sampai tahun 2016 belum mencapai standar . AVLOS menurut Depkes RI (2005) adalah rata-rata lama rawatan seorang pasien dalam satu periode. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih lanjut. Secara umum nilai AVLOS yang ideal antara 6-9 hari. Angka AVLOS yang pendek berarti mencapai tingkat efisiensi yang bagus dalam penggunaan fasilitas perawatan rumah sakit oleh masyarakat. Namun angka AVLOS yang panjang mengindikasi rendahnya kinerja rumah sakit. Berikut dapat dilihat pada tabel 5.2 dibawah ini tentang pencapaian AVLOS RSUP DR.M.Djamil Padang selama 5 tahun:

Tabel 5.2: Pencapaian Kinerja RSUP DR.M.Djamil Padang berdasarkan AVLOS (*Average Lengt Of Stay*) pada tahun 2012 s.d tahun 2016

No	Parameter	Tahun				
		2012	2013	2014	2015	2016
1	LOS	7,05	7,06	7,15	7,23	7,38
2	Standar	3-6 hari	3-6 hari	3-6 hari	3-6 hari	3-6 hari

Gambar. 5.2: AVLOS RSUP DR.M.Djamil Padang Tahun 2012-2016
Sumber : Laporan Bagian Perencanaan 2017

Terlihat pada tabel 5.2 tentang capaian indikator mutu rata-rata lama hari rawat pasien dalam satu tahun, mulai dari tahun 2012 sampai dengan tahun 2017. Terlihat trend dari capaian AVLOS RS hampir sama setiap tahunnya yaitu rata-rata lebih dari 7 hari rawat pasien. Standar efisiensi AVLOS adalah 3-6 hari, artinya belum mencapai target yang diharapkan. Hal ini disebabkan diantaranya karena ketersediaan alat medis yang tidak tersedia saat pelayanan, selain itu juga disebabkan oleh faktor diagnosis penyakit pasien.

5.2 Karakteristik Informan

Informan yang memberikan informasi melalui wawancara mendalam sebanyak 8 orang, terdiri dari Direktur Medik dan Keperawatan, Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien, Pengelola Perawatan dan Kepala Ruangan dari empat Instalasi Rawat Inap (Kebidanan, Anak, Penyakit Dalam, Bedah), seperti tabel dibawah ini:

Tabel 5.3 Karakteristik Informan Wawancara Mendalam

No	Kode Informan	JK	Jabatan	Pendidikan Terakhir
1	2	3	4	5
1	If. 1	P	Direktur Medik dan Keperawatan	S2. Dokter Sp. PD.Gr
2	If. 2	P	Sek. Sub Komite Keselamatan Pasien	S2. Kep
3	If. 3	P	Pengelola Perawatan Kebidanan	S1. Keb
4	If. 4	P	Pengelola Perawatan Anak	S1. Kep
5	If. 5	P	Pengelola Perawatan Penyakit Dalam	S2. Kep
6	If. 6	P	Pengelola Perawatan Bedah	S1. Kep
7	If. 7	P	Kepala Ruangan Kebidanan	D3. Keb
8	If. 8	P	Kepala Ruangan Anak	D3. Kep
9	If. 9	P	Kepala Ruangan Penyakit Dalam	S1. Kep
10	If. 10	P	Kepala Ruangan Bedah	S2. Kep

Focus Group Discussion (FGD) dilakukan terhadap 7 orang PPA yang berasal dari profesi medis, keperawatan, farmasi, nutrisionist dengan karakteristik dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.4 Karakteristik Informan *Focus Group Discussion*

No	Kode Informan	JK	Jabatan	Pendidikan Terakhir
1	If. 1	L	Dokter (DPJP)	Dokter Sp. Obgyn
2	If.2		Apoteker	S1 Farmasi
3	If.3	P	Nutrisionist	S1 Gizi
4	If. 4	P	Pelaksana Perawatan Anak	S1 Keperawatan
5	If. 5	P	Pelaksana Perawatan Penyakit Dalam	S1 Keperawatan
6	If. 6	P	Pelaksana Perawatan Kebidanan	D3 Bidan
7	If. 7	P	Pelaksana Perawatan Bedah	S1 Keperawatan

5.3 Komponen Input

5.3.1 Kebijakan

Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan disemua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. RSUP DR.M.Djamil Padang telah melaksanakan ketentuan yang tercantum pada pasal 43 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit serta Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit yaitu, Keputusan Menteri Nomor 1691/MENKES/PER/ VIII/ 2011. Dalam Permenkes tersebut memutuskan bahwa setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan Sasaran Keselamatan Pasien. Disamping adanya kebijakan sasaran keselamatan pasien yang sudah lengkap diseluruh ruangan perawatan, juga terdapat regulasi/ kebijakan lainnya yang direkomendasikan sebagai persyaratan dan pendukung dalam pelaksanaan program keselamatan pasien di rumah sakit. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.5 berikut:

Tabel 5.5: Kebijakan Tingkat Nasional Terkait Keselamatan Pasien Di RSUP DR.M.Djamil Padang.

No	Kebijakan	Ketersediaan				Keterangan
		Ruang Kebidanan	Ruang Anak	Ruang Bedah	Ruang P.Dalam	
1	2	3	4	5	6	7
1	UUNo.36/2009 tentang Kesehatan	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kebijakan sudah sesuai dengan standar
2	UU No.44/ 2009 tentang Rumah Sakit	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kebijakan sudah sesuai dengan standar
3	Permenkes Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Rumah Sakit	RI Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kebijakan sudah sesuai dengan standar
4	<i>Hospital By Low</i>	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kebijakan sudah sesuai dengan standar
5	<i>Medical Straf By Low</i>	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kebijakan sudah sesuai dengan standar
6	Surat Penugasan Klinis/ SPK (clinical appointment) : Rincian Kewenangan Klinis / RKK (Clinical Privilege)	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kebijakan sudah sesuai dengan standar
7	Panduan Praktek Klinik	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kebijakan sudah sesuai dengan standar
8	Kebijakan pelaksanaan identifikasi pasien	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kebijakan sudah sesuai dengan standar
9	Kebijakan pelaksanaan komunikasi efektif	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kebijakan sudah sesuai dengan standar
10	Kebijakan pengawasan obat yang diwaspadai/high alert	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kebijakan sudah sesuai dengan standar
11	Kebijakan ketepatan lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kebijakan sudah sesuai dengan standar

1	2	3	4	5	6	
	medis dan tindakan pengobatan.					
12	Kebijakan tentang pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan, melalui cuci tangan 5 (lima) moment	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kebijakan sudah sesuai dengan standar
13	Kebijakan tentang pengurangan risiko pasien cedera akibat jatuh	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kebijakan sudah sesuai dengan standar

(Sumber : Data Primer Diolah (2017))

Berdasarkan hasil wawancara mendalam tentang kebijakan program keselamatan pasien maka diperoleh informasi sebagai berikut :

“..Rumah Sakit ini sudah punya kebijakan tentang Sasaran Keselamatan Pasien dalam bentuk SK Dirut, mengacu kepada kebijakan dari kemenkes dan Komite Akreditasi RS (KARS). Baik kebijakan, pedoman maupun SPO sudah tersosialisasikan dan terdistribusi keseluruh unit pelayanan, dalam penerapannya masih belum optimal sesuai target yang diharapkan oleh KARS, karena belum menjadi budaya, dimana keenam sasaran tersebut pelaksanaannya harus seratus persen...”(if.1.)

“..Kebijakan terkait sasaran keselamatan pasien, baik dalam bentuk SK Dirut tahun 2012, sudah ada panduan maupun pedomannya, mengacu kepada Permenkes 1691 tahun 2011. Inipun tertuang di dalam renstra 2015-2019 dan RAK RS. Ada beberapa regulasinya yang mungkin perlu kita akan revisi. Untuk penerapannya masih belum maksimal...”(if.2)

“...Selama ini di rumah sakit kita menggunakan kebijakan sasaran keselamatan pasien yang berpedoman kepada buku pasien safety yang dari kemenkes dan KARS. Kami diruangan rata-rata sudah punya, sudah disosialisasikan tapi dalam implementasinya memang belum semuanya menerapkan...”(if.3)

“..Kebijakan Sasaran Keselamatan Pasien kami Sudah ada.. Kalau untuk implementasi kebijakan yaa.. masih belum maksimal...”(if.4)

“..Kebijakan terkait sasaran keselamatan pasien maupun pedomannya kami sudah ada mengacu kepada Permenkes dan sudah didistribusikan ke semua ruangan. Untuk penerapan kebijakan ini kami sudah mensosialisasikannya ke semua petugas...” (if.5)

“..Sudah ada sejak mempersiapkan akreditasi RS ini. SK kebijakannya dari Direktur. Untuk penerapan kebijakan ini sosialisasi ke semua staf sampai DPJP, juga ke PPDS buk. Kalau untuk profesi keperawatan, rata-rata kepala ruangan dan staf sudah paham...”(if.6)

Berikut ini disajikan matrik yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam tentang kebijakan sasaran keselamatan pasien di RSUP DR.M.Djamil Padang, dapat dilihat pada tabel 5.6 dibawah ini:

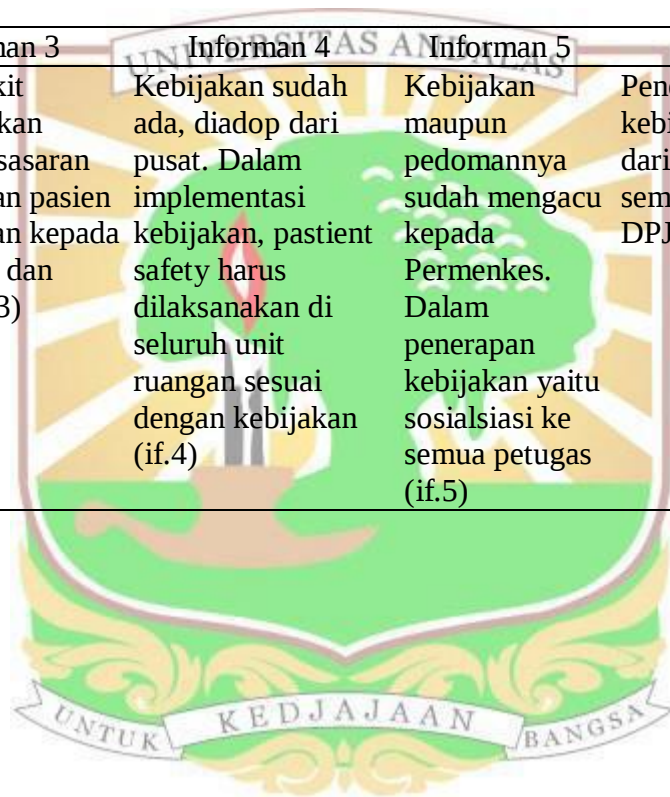


**Tabel 5.6 Matrik Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Tentang Kebijakan Sasaran Keselamatan Pasien
Di RSUP DR.M.Djamil Padang Tahun 2017**

Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Kesimpulan
Kebijakan SK sudah ada, mengacu kepada kebijakan dari Kemkes dan KARS. Penerapan kebijakan belum optimal sesuai standar KARS (100%) karena belum menjadi budaya (if.1)	SK Kebijakan/ regulasi internal sudah ada dalam bentuk SK Dirut tahun 2012, mengacu kepada Permenkes 1691 tahun 2011, tertuang di Renstra RS 2019 (if.2)	Rumah sakit menggunakan kebijakan sasaran keselamatan pasien berpedoman kepada Kemenkes dan KARS (if.3)	Kebijakan sudah ada, diadopsi dari pusat. Dalam implementasi kebijakan, pasien safety harus dilaksanakan di seluruh unit ruangan sesuai dengan kebijakan (if.4)	Kebijakan maupun pedomannya sudah mengacu kepada Permenkes. Dalam penerapan kebijakan yaitu sosialisasi ke semua petugas (if.5)	Penerapan kebijakan dimulai dari sosialisasi ke semua staf sampai DPJP (if.6)	Kebijakan Sasaran Keselamatan Pasien sudah ada di RSUP Dr. M. Djamil Padang, mengacu kepada Permenkes 1691 tahun 2011 dan KARS, diterbitkan dalam bentuk SK Dirut tahun 2012, Kebijakan internal sudah disosialisasi ke semua staf sampai ke DPJP. Penerapan kebijakan belum optimal sesuai standar KARS (100%) karena belum menjadi budaya

Keterangan informan :

1. Informan 1 = Direktur Medik dan Keperawatan
2. Informan 2 = Sub Komite KPRS
3. Informan 3 = Pengawas Perawatan Kebidanan
4. Informan 4 = Pengawas Perawatan Anak
5. Informan 5 = Pengawas Perawatan Penyakit Dalam
6. Informan 6 = Pengawas Perawatan Bedah



Matrik triangulasi mengenai kebijakan dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUP DR. M.Djamil Padang berdasarkan telaah dokumen, observasi dan wawancara mendalam dapat dilihat pada tabel 5.7 berikut ini.

Tabel 5.7 Matrik Triangulasi Kebijakan dalam Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di RSUP DR. M.Djamil Padang

Topik	Dokumen	Observasi	Wawancara	Analisis Triangulasi
Kebijakan	Ada SK Dirut tahun 2012 tentang kebijakan Keselamatan Pasien di RSUP Dr.M.Djamil mengacu pada Permenkes No.1691 tahun 2011 . Ada laporan hasil pencapaian program SKP secara berkala di KMMR (capaian per semester 1 2017: 89%). Adanya SK penanggung jawab program Keselamatan Pasien RS di sub komite KPRS. Adanya renstra RS tahun 2015-2019 mencakup program keselamatan pasien.	Pelaksanakan program kegiatan <i>patien safety</i> , berpedoman kepada kebijakan /SK Dirut RSUP DR.M.Djamil tahun 2012 . Ada bukti dokumen kebijakan terkait program keselamatan pasien RS di tiap unit kerja. Ada bukti sosialisasi program <i>patien safety</i> : ada absensi dan notulen rapat	Kebijakan Keselamatan Pasien sudah ada di RSUP DR. M.Djamil Padang, diterbitkan dalam bentuk SK Dirut tahun 2012 mengacu kepada Permenkes 1691 tahun 2011 dan KARS. Kebijakan sudah disosialisasi ke semua staf, termasuk DPJP dan PPDS. Penerapan kebijakan belum optimal sesuai standar target yang diharapkan KARS (100%)	Kebijakan sasaran keselamatan pasien di RSUP DR.M.Djamil Padang sudah mengacu kepada Permenkes no.1691 tahun 2011 dan KARS 2012. Sebagai penanggung jawab program KPRS adalah Sub komite KPRS. Implementasi kebijakan <i>patien safety</i> belum mencapai hasil maksimal. Capaian per semester 1 tahun 2017: 89%, disebabkan karena belum menjadi budaya bagi setiap personil atau profesi

Hasil dari wawancara mendalam dari beberapa informan, telaah dokumen dan observasi dapat disimpulkan bahwa Kebijakan tentang sasaran keselamatan pasien di RSUP DR.M.Djamil Padang sudah mengacu kepada Permenkes no.1691 tahun 2011 dan KARS, diberlakukan untuk seluruh Instalasi pelayanan. Sub komite KPRS ditunjuk sebagai penanggung jawab program KPRS. Implementasi kebijakan ini belum begitu maksimal, pencapaian secara keseluruhan rata-rata 89% (sumber: Laporan Sub Komite KPRS RSUP.DR.M.Djamil Padang tahun 2017).

5.3.2 Pedoman dan SPO

Pada tabel berikut adalah gambaran dari kecukupan dokumen sasaran keselamatan pasien di masing-masing ruang rawat inap yang diteliti yaitu ruang kebidanan, ruangan anak, ruangan bedah, ruangan penyakit dalam. Kelengkapan dari semua dokumen di setiap ruangan dapat dilihat pada tabel 5.8 dibawah ini:

**Tabel 5.8. Hasil Analisis Telusur Dokumen (Panduan dan SPO)
Ruang Rawat Inap RSUP DR.M.Djamil Padang tahun 2017.**

No	Dokumen (Panduan & SPO)	Kelengkapan Dokumen (Panduan, SPO)				Skor nilai KARS (10=tercukupi, 5=tercukupi sebagian, 0=belum tercukupi)
		Ruang Kebidanan	Ruang Anak	Ruang Bedah	Ruang P.Dalam	
1	SKP 1	10	10	10	10	100% dokumen lengkap di semua ruangan
2	SKP 2	10	10	10	10	100% dokumen lengkap di semua ruangan
3	SKP 3	10	10	10	10	100% dokumen lengkap di semua ruangan
4	SKP 4	10	10	10	10	100% dokumen lengkap di semua ruangan
5	SKP 5	10	10	10	10	100% dokumen lengkap di semua ruangan
6	SKP 6	10	10	10	10	100% dokumen lengkap di semua ruangan

(Sumber : Data Primer Diolah (2017))

Berdasarkan tabel 5.8 dapat dilihat dari hasil telusur dokumen, terdapat SKP 1 dokumen sudah tercukupi di semua ruangan di masing-masing sub unit rawat inap seperti panduan dan standar prosedur identifikasi pasien. SKP 2 dokumen sudah tercukupi di semua ruangan rawat inap seperti panduan dan standar prosedur komunikasi efektif serta tersedia daftar *alfabeth* di tiap *nurse station*. SKP 3 semua dokumen sudah tercukupi di semua ruangan rawat inap seperti panduan dan standar keamanan obat yang perlu diwaspadai (*High Alert*). SKP 4 dokumen sudah tercukupi di semua ruangan rawat inap termasuk di kamar operasi seperti panduan dan standar prosedur ketepatan lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi dan *surgical patient safety checklist*. SKP 5 dokumen sudah tercukupi di semua ruangan rawat inap seperti panduan dan standar prosedur cuci tangan (*five moment hand hygiene*). SKP 6 dokumen sudah tercukupi di semua ruangan rawat inap seperti panduan dan standar prosedur asesmen pasien risiko jatuh.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam tentang pedoman dan SPO sasaran keselamatan pasien rumah sakit, maka diperoleh informasi sebagai berikut:

“..Buku pedoman yang digunakan juga diadap dari Kemkes, mulai dari terbitan pertama tahun 2006 sampai terbaru tahun 2015. baik buku pedoman maupun SPO yang sudah dibuat RS, sudah dibagikan keseluruh instalasi, ke semua PPA maupun Ka.KSM, namun dalam penerapannya masih belum optimal sesuai target yang diharapkan oleh KARS. Kalau untuk kecukupan dari buku dan SPO sudah mencukupi di semua ruangan...”(if.2)

“...Kami sudah memiliki buku pedoman dan SPO tentang sasaran keselamatan pasien seperti SPO hand hygiene, identifikasi pasien, komunikasi efektif, keamanan obat high alert, kepasitian tepat lokasi operasi, tepat prosedur, tepat pasien, dan SPO mengurangi resiko pasien jatuh. Upaya yang dilakukan kepada semua staf seperti uji petik terkait sasaran keselamatan pasien. Hambatannya, masih ada staf yang kurang patuh terhadap SPO, masih belum mau merubah mainset...”(if.3)

“...Pedoman dan panduannya serta SPO dari masing-masing sasaran keselamatan ini dapat 1 (satu)buah per ruangan dari Rumah Sakit, Jadi semua Ka.Ru kita bekali dengan pedoman, SPO yang terkait dengan Patient Safety Setiap pre conference Karu selalu menyampaikan terkait dengan kebijakan, pedoman dan SPO...”(if.4)

“...Sudah ada buk.. Baik pedoman maupun SPO nya itu sudah dibagikan ke masing-masing ruangan dan sudah sesuai dengan jumlah kebutuhan. Kemudian diletakkan di tempat yang bisa dilihat oleh semua staf atau PPA lainnya...”(if.5)

“..Kalau untuk buku panduan dan SPO sudah ada buk, dan jumlah nya sudah mencukupi ditempat kami.....”(if.6)

“...Buku pedoman Patient Safety sudah ada diruangan, termasuk SPO keenam sasaran keselamatan pasien. Ini dikeluarkan oleh rumah sakit sebelum akreditasi, juga dikasi buku saku akreditasi yang isinya tentang sasaran keselamatan pasien,..”(if.7)

“...Sudah ada buku pedomannya, yang mengeluarkannya direktur. SPO nya juga sudah lengkap dan sudah tersedia di ruangan, tetapi SPO tersebut belum mampu laksana sesuai yang diharapkan 100% karena ketenagaan kami masih kurang buk dari standar, setiap pagi kami melakukan pre komprence, selalu disosialisasikan..”(if.8)

“...Sudah ada buk, dari rumah sakit diberikan ke masing-masing unit, ada SPO dan pedomannya, Itu sumbernya dari kemenkes buk dan langsung dari hasil studi banding dari berbagai rumah sakit yang sudah terkreditasi untuk Patient Safety nya...” (if.9)

“.. Kalau pedoman atau panduan dan SPO semua Sasaran Keselamatan Pasien itu sudah lengkap dan juga sudah cukup sesuai kebutuhan ruangan. Jadi semua yang terkait kita sosialisasikan, yang jelas ke empat PPA dan penunjang..”(if.10).

Berikut ini disajikan matrik yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam tentang buku pedoman dan SPO sasaran keselamatan pasien di RSUP DR.M.djamil Padang, dapat dilihat pada tabel 5.9 dibawah ini:



Tabel 5.9 Matrik Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Tentang Buku Pedoman dan SPO dalam Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Di RSUP DR.M.Djamil Padang Tahun 2017

Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Informan 8	Informan 9	Informan 10	Kesimpulan
Buku pedoman dan SPO diadopsi dari Kemkes RI dan KARS, tersedia dari diruangan. erbitan pertama tahun 2015. SKP, sampai tahun 2015. SKP, if.2)	Buku pedoman dan SPO enam sudah ruangan sudah mendapat 1 buah buku jumlah pedoman dan keselamatan pasien. Semua patuh Ka.Ru SPO dibekali dengan pedoman dan SPO untuk PPA (if.5) disosialisasikan ke staf (if.4)	Masing-masing ruangan sudah mendapatkan 1 buah buku jumlah pedoman dan keselamatan pasien. Semua patuh Ka.Ru SPO dibekali dengan pedoman dan SPO untuk PPA (if.5) disosialisasikan ke staf (if.4)	Buku pedoman sudah sesuai jumlah kebutuhan diruangan. Akses mudah dijangkau oleh semua staf maupun PPA (if.5)	Buku pedoman/panduan dan SPO sudah mencukupi, sesuai dengan jumlah kebutuhan. (if.6)	Buku pedoman dan SPO enam sudah lengkap, sasaran keselamatan pasien tersedia sudah tercukupi diruangan sesuai kebutuhan. (if.7)	Buku pedoman dan SPO sudah ada dari rumah sakit bersumber dari Kemenkes RI dan hasil studi banding berbagai rumah sakit yang terakreditasi Patient Safety (if.9)	Pedoman SKP dan SPO panduan SPO mengacu kepada standar akreditasi dan Permenkes. Upaya dilakukan dengan sosialisasi empat (if.10)	Pedoman/ dan SPO panduan SPO mengacu kepada standar akreditasi dan Permenkes. Upaya dilakukan dengan sosialisasi empat (if.10)	Buku pedoman dan SPO enam SKP sasaran keselamatan pasien di RS RSUP.DR.M.Djamil mengacu pada Kemkes RI dan KARS. ke Kebutuhan dokum PPA sudah tercuk diseluruh ruang sudah tersosialisasi masing-masing Instalasi pelayan Penerapan SPO ma dibawah stan (KARS 100%), kurang pa terhadap SPO.

Keterangan Informan :

1. Informan 2 = Sub Komite KPRS
2. Informan 3 = Pengawas Perawatan Kebidanan
3. Informan 4 = Pengawas Perawatan Anak
4. Informan 5 = Pengawas Perawatan Penyakit Dalam

5. Informan 6 = pengawas Perawatan Bedah
6. Informan 7 = Kepala Ruangan Kebidanan
7. Informan 8 = Kepala Ruangan Anak
8. Informan 9 = Kepala Ruangan Penyakit Dalam
9. Informan 10 = Kepala Ruangan Bedah

Berdasarkan hasil FGD dengan para keempat profesi pemberi Asuhan (PPA) tentang pedoman dan SPO terkait dengan sasaran keselamatan pasien didapatkan informasi sebagai berikut :

“..Kalau menurut saya buku pedoman Patient Safety dan SPO nya sebenarnya sudah cukup ya kami dapatkan dari RS tapi itu tadi, mungkin implementasinya dari DPJP yang belum disiplin untuk menerapkannya, belum konsisten, tergantung personilnya..”(if.G.1)

“...Kalau pedoman keselamatan pasien ooo udah ada diruangan kami, rasanya sudah cukup lengkap Cuma prakteknya ini yang bermasalah, dan SPO juga saya rasa cukup, Setahu kami buku pedoman tersebut bersumber dari Kemenkes.”(if.G.2)

“...Panduan atau pedoman diruangan kami sudah punya, dan SPO nya juga sudah lengkap, kita masih ada terkendala, misalnya komunikasi yang tidak efektif, ada dokter yang menginstruksikan diet pasien tidak sesuai SPO langsung saja menelpon kepetugas Gizi tanpa berkoordinasi melalui perawat, akhirnya terjadi miss komunikasi atau terjadi kesalahan diet pasien...”(if.G.3)

“...Kalau ooo.. tentang SPO keselamatan pasien kami sudah menjalankan. SPO yang ada tersebut sudah diakreditasi. Buku panduannya berpedoman dari kemenkes tapi ada beberapa SPO nya yang dikutip dari Rumah Sakit M. Djamil sendiri..”(if.G.4)

“..Panduan nya sudah ada tapi penerapannya masih banyak kendala mungkin karena waktu yang menjadi alasan kebiasaan kita yang masih belum terbiasa dengan perubahan. Kalau buku pedoman yang ada di ruangan sudah cukup...”(if.G.5)

“..Kalau di Kebidanan sendiri SPO nya memang sudah ada, sudah cukup tapi memang pelaksanaanya itu yang belum maksimal dari masing-masing orang..”(if.G.6)

“..Kalau dari ruangan Bedah disetiap ruangan sudah disiapkan, setiap kepala ruangan, manajer-manajer di ruangan sudah mempersiapkan SPO-SPO dan memastikan bahwa semua sudah tercukupi..”(if.G.7)

Keterangan informan FGD:

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. Informan FGD 1 = Dokter | 4. Informan FGD 4 = Perawat Anak |
| 2. Informan FGD 2 = Apoteke | 5. Informan FGD 5 = Perawat Penyakit Dalam |
| 3. Informan FGD 3 = Ahli Gizi | 6. Informan FGD 6= Perawat Kebidanan |
| | 7. Informan FGD 7= Perawat Bedah |

Berdasarkan FGD dengan empat profesi pemberi asuhan (PPA) didapatkan informasi bahwa buku pedoman dan SPO enam sasaran keselamatan pasien diruangan sudah ada dan juga sudah disosialisasikan tetapi dalam penerapannya masih belum konsisten, seperti saat melakukan tindakan dimana petugas harus konfirmasi dengan gelang identitas pasien, tetapi jarang dilakukan contoh saat pasang infus atau saat memberikan obat pasien.

Berikut ini matrik triangulasi mengenai buku pedoman dan SPO dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUP DR.M.Djamil Padang berdasarkan telaah dokumen, observasi, wawancara mendalam dan FGD dapat dilihat pada tabel 5.10:

Tabel 5.10 Matrik Triangulasi Buku Pedoman dan SPO dalam Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang

Topik	Dokumen	Observasi	Wawancara	FGD	Analisis Triangulasi
Buku Pedoman dan SPO	Buku pedoman dan SPO enam SKP di RSUP DR. M.Djamil diadop dari Kemkes RI dan KARS. Jumlah buku pedoman dan SPO sudah tercukupi 100% di empat Instalasi Rawat Inap (Kebidanan, Anak, Penyakit Dalam dan Bedah).	Buku pedoman dan SPO sudah terdistribusi di masing-masing ruangan pelayanan . Akses buku pedoman dan SPO mudah didapatkan oleh semua petugas	Buku pedoman dan SPO dalam penerapan keselamatan pasien secara keseluruhan sudah tercukupi untuk seluruh ruangan perawatan dan sudah tersosialisasi di masing-masing Instalasi pelayanan di RSUP DR. M.Djamil. Implementasi SPO belum semua personil mampu laksana	Buku pedoman dan SPO keselamatan pasien secara keseluruhan sudah tercukupi. Untuk implementasi dari SPO masih belum konsisten, karena belum menjadi terbiasa, belum bisa merubah <i>mainset</i> .	Buku pedoman dan SPO enam SKP di RSUP DR. M.Djamil diadop dari Kemkes RI dan KARS. Semua dokumen sudah tercukupi 100% dan sudah tersosialisasi ke semua petugas diruangan. Belum semua staf konsisten dan mampu laksana dalam implementasi SPO karena belum bisa merubah <i>mainset</i> .

Berdasarkan telaah dokumen, observasi, wawancara mendalam dan FGD tentang buku pedoman dan SPO dalam penerapan enam sasaran keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap RSUP DR.M.Djamil Padang yang diadop dari Kemkes RI dan KARS sudah tercukupi 100% diseluruh ruangan dan sudah tersosialisasi ke semua profesi pemberi asuhan (PPA) dan semua petugas lainnya, tetapi implementasi SPO masih belum konsisten.

5.3.3 Sumber Daya Manusia (SDM)

Data pegawai berdasarkan jenis profesi kepegawaian di RSUP DR.M.Djamil Padang tahun 2016, termasuk tenaga dokter yang sedang menjalani pendidikan dokter spesialis, dapat dilihat pada tabel 5.11 berikut ini :

Tabel 5.11: Standar Kebutuhan SDM Kesehatan di RSUP DR.M.Djamil Padang tahun 2017 Berdasarkan Standar Analisa Beban Kerja

No	Jenis Tenaga	Standar	Kondisi	Kekurangan
1	Medis	282	259	26
	a. Dokter Spesialis	163	140	
	b. Dokter Umum	10	119	
2	Keperawatan	1138	771	367
	a. Perawat/ bidan ahli	341	150	
	b. Perawat / bidan terampil	796	621	
3	Farmasi	182	102	80
	a. Apoteker	35	19	
	b. Asisten Apoteker	147	83	
4	Gizi	32	20	12
	a. Nutrisionist	41	29	
	b. Sanitarian	16	14	
5	Dokter PPDS	-	449	-

(Sumber: Data Bagian SDM RSUP DR. M.Djamil Padang Tahun 2017)

Data ketenagaan di RSUP DR. M.Djamil berdasarkan jenis profesi pada tabel 5.11 menggambarkan bahwa dari sisi kuantitas masih belum mencukupi standar . Terlihat angka yang sangat signifikan dari tenaga profesi keperawatan terhadap kekurangannya sebanyak 367 orang dan tenaga farmasi dengan kekurangannya 80 orang. Dilihat dari sisi pengembangan serta kualifikasi SDM, rumah sakit telah memberikan pelatihan kepada semua SDM khusus tentang *patien safety*, BHD, PPI, K3RS karena merupakan salah satu syarat untuk tercapainya akreditasi rumah sakit . Bagi PPDS yang berpraktek di rumah sakit sebanyak 449 orang juga telah mendapatkan materi wajib tentang *patien safety*, BHD, PPI, K3RS pada saat layanan orientasi dan informasi (LOI) dan workshop. (sumber: Bagian Diklat RSUP.DR.M.Djamil Padang tahun 2017).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam tentang ketersediaan sumber daya manusia dalam penerapan sasaran keselamatan pasien rumah sakit, maka diperoleh informasi sebagai berikut :

“...Jumlah pegawai di rumah sakit ini mencapai kurang lebih 2340 orang. Dilihat dari jumlah SDM keempat profesi pemberi asuhan sepertinya relatif cukup, hanya SDM keperawatan yang rasionya masih kurang. SDM keperawatan itu memang masih belum terpenuhi, tapi dari jumlah dokter, SDM gizi sudah cukup, untuk

jumlah SDM farmasi relatiflah. Jabatan yang bertanggung jawab atas pelaksanaan program sasaran keselamatan pasien di RS dimulai dari Direktur, Komite KPRS, sampai ke seluruh Ka. Instalasi dan jajaran menejanya..”(if.1)

“..., Jadi untuk ketersediaan sumber daya manusia, dilihat dari segi kuantitas ada beberapa profesi tertentu memang masih kurang, seperti profesi perawat dan farmasi. Kualifikasi untuk SKP 1, seluruh staf sudah terpapar dengan Sasaran Keselamatan Pasien. Untuk karyawan baru pun dalam Layanan Orientasi, materi Sasaran Keselamatan Pasien juga menjadi salah satu materi wajib diberikan. Hambatan terkait SDM adalah akibat kekurangan SDM beban kerja yang ada tentu menjadi lebih tinggi sehingga berdampak terhadap risiko terjadinya Insiden Keselamatan Pasien...”(if.2)

“...Jumlah ketenagaan di Irna kebidanan ini mencukupi. SDM yang dikelola mulai dari profesi bidan sampai non profesi seperti cleaning service, pembantu orang sakit (POS) dan lain-lain, SDM ini semua sudah dilatih tentang keselamatan pasien. Hambatan yang dirasakan hanya pada saat shift sore dan malam..”(if.3)

“...Kalau kita melihat ketersediaan SDM keperawatan di Anak memang masih kurang sekitar 40% lagi, pendidikan minimalnya D3. Diruangan ini semua profesi bertanggung jawab terhadap penerapan enam SKP terutama empat PPA, hambatan yang ditemui yaa..kepedulian petugas untuk menerapkannya yang masih agak kurang sering lupa untuk mengidentifikasi pasien..”(if.4)

“...Jumlah SDM keperawatan di penyakit dalam ini kurang sekitar 25% kalau sesuai aturan harusnya 1 perawat itu merawat maksimalnya 5 orang pasien, jadi tidak sesuai standar, semuanya staf tersebut sudah mendapatkan pelatihan terkait pasien safety. SDM farmasi sangat minim dalam kepatuhan identifikasi pasien, kendalanya adalah perubahan sikap dan perilaku terhadap budaya keselamatan pasien..”(if.5)

“...Kalau di ruangan Bedah masih kekurangan SDM terutama SDM keperawatan. Jadi karena beban kerja tinggi sedangkan jumlah SDM kurang terkadang ada beberapa kegiatan pelayanan terhadap pasien dalam pelaksanaannya tidak sesuai standar pasien safety. Semua PPA bertanggung jawab untuk keselamatan pasien, mulai dari jabatan Ka. Instalasi, pengelola perawatan sampai kepala ruangan juga berperan dalam pelaksanaan program pasien safety ini....”(if.6)

“...Dari segi kuantitas SDM diruangan ini rasanya cukup. Sedangkan dari kualifikasinya pada umumnya semua petugas kita disini sudah mengikuti pelatihan tentang enam sasaran keselamatan pasien,K3RS, dan banyak pelatihan lainnya. Hambatannya seperti, perubahan yang harus dilakukan belum terbiasa..”(if.7)

“...Jadi rata-rata dinas shift itu 1 orang masing-masing per ruangan. Disini kami semua terlibat dalam penerapan SKP mulai dari dokternya, gizinya, perawat, farmasi, sampai jajaran manajer di Instalasi dan semua petugas sudah dapat pelatihan pasien safety dari RS...”(if.8)

“...Di sini jumlah staf nya 11 orang. Kita sering terkendala karena layout ruangan perawatan yang terpisah dengan satu KaRu yaitu untuk Petri dan Kls 1, sedangkan staf yang kita dinas kan hanya satu orang. Pelatihan yang telah didapatkan oleh semua petugas selaman ini terkait Pasien Safety sudah cukup dan semua profesi bertanggung jawab dalam pelaksanaan SKP...”(if.9)

“...Jumlah SDM kami jauh dari standar khususnya untuk ruangan kelas 1. Latar belakang S-1 cuma 2 orang, sisanya D-3. Kalau pelatihan belum semua dapat pelatihan untuk sasaran keselamatan pasien, kita lakukan sosialisasi SKP melalui pre conference, diuji petik dan disupervisi...”(if.10)

Berikut ini disajikan matrik yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam tentang ketenagaan terkait penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUP DR.M.Djamil Padang, dapat dilihat pada tabel 5.12 dibawah ini :



Tabel 5.12 Matrik Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Tentang Sumber Daya Manusia dalam Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Di RSUP DR.M.Djamil Padang Tahun2017

Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Informan 8	Informan 9	Informan 10	Kesimpulan
Jumlah SDM eperawatan dan armasi kurang. RS akan melakukan proses rekrutmen. Pelatihan SKP udah diberikan seluruh profesi. Penanggung jawab pelaksanaan rogram KPRS: irektur, Komite KPRS, Ka. Instalasi (if.1)	aryawan wajibkan endapat ntang materi SKP elalui iklat ambatan nerapan: kurangan ring ber dampak rhadap risiko IKP .2)	baru Seluruh SDM uang Kebidana LOI sudah dilatih tentang kegiatan keselamatan RS. pasien. enanggung jawa faktorprogram diunit kerja: Kepala Instalasi, PJ program di lapangan: Pengelola Perawatan (PP) ketua SPF dan KaRu (if.3)	Kekuranga n tenaga di Ruang Anak ±40%, latar belakang pendidikan staf terbanyak D3 keperawata n. Semua profesi (PPA) bertanggung jawab terhadap penerapan enam SKP Hambatan penerapan: kepedulian petugas	Kekuran gan tenaga di Ruang P.Dalam 25%. Penerapa n SKP belum sesuai harapan. Kendala penerapa n: perubaha n sikap dan prilaku SDM terhadap budaya keselama tan psien	Pelaksan aan pelayana n belum sesuai standar <i>patien safety</i> . Semua PPA bertanggung jawab untuk keselam atan pasien diruanga n. (if.6)	Jumlah tenaga di kebidana n mencuku pi. Ka Instalasi sebagai penanggu ng jawab program di Instalasi, Hambata n penerapa n: staf belum terbiasa terhadap perubaha n budaya kerja	Jumlah SDM di ruang Anak rata-rata 1 orang per ruangan/ shif dinas Semua petugas sudah mendapat kan pelatihan pasien <i>safety</i> dari Diklat RS (if.8)	Penerapan SKP sering terkendala karena faktor <i>layout</i> ruangan perawatan terpisah-pisah (if.9)	Jumlah SDM di ruang Bedah kurang dari standar. 5 pasien dengan tingkat ketergantunga n total dengan 1 orang perawat. Upaya yang dilakukan untuk penerapan SKP: sosialisasi, uji petik, supervisi (if.10)	Secara keseluruhan jumlah tenaga keperawatan dan farmasi di rawat inap RSUP DR.M.djamil Padang belum mencukupi, sering berdampak terhadap risiko IKP. Upaya peningkatan kualitas SDM di unit kerja: sosialisasi, uji petik, supervisi. Pelatihan <i>patien safety</i> difasilitasi oleh

dalam penerapan identifikasi pasien masih kurang (if.4)

masih kurang (if.5)

(if.7)



diklat RS. Penanggung jawab pelaksanaan program KPRS: Direktur, Komite KPRS, Ka. Instalasi. Semua profesi (PPA) diberi tanggung jawab dalam penerapan SKP dipelayanan.

Keterangan Informan :

1. Informan 1 = Direktur Medik dan Keperawatan
2. Informan 2 = Sub Komite KPRS
3. Informan 3 = Pengawas Perawatan Kebidanan
4. Informan 4 = Pengawas Perawatan Anak
5. Informan 5 = Pengawas Perawatan Penyakit Dalam
6. Informan 6 = pengawas Perawatan Bedah
7. Informan 7 = Kepala Ruangan Kebidanan
8. Informan 8 = Kepala Ruangan Anak
9. Informan 9 = Kepala Ruangan Penyakit Dalam
10. Informan 10 = Kepala Ruangan Bedah

Berdasarkan hasil FGD dengan empat PPA tentang ketenagaan dalam penerapan sasaran keselamatan pasien maka didapatkan informasi sebagai berikut:

“...SDM di sini sudah terqualifikasi untuk penerapan program keselamatan pasien, Kalau dari DPJP tentu ada orang yang memonitor apakah standar keselamatan pasien tersebut sudah dikerjakan atau belum, baiknya manajer ruangan, kendalanya itu kalau di pihak DPJP, championnya sudah ditunjuk sih tapi belum jalan optimal..”(ifg.1)

“...Kalau dari ketersediaan SDM farmasi sangat-sangat kurang, misalnya cuti 1 orang susah sekali mencari tambahan SDM atau SDM pengganti, saran saya sebaiknya RS harus tambah SDM farmasi ..”(ifg.2)

“...Tenagai ahli gizi sendiri mungkin masih sangat kurang sementara pasien anak sangat banyak selalu penuh. Di bangsal anak ini hanya ada 1 orang ahli gizinya. Terkadang karena SDM kita cuma satu tidak sempat identifikasi pasien, apalagi untuk pengisian status pasien baru harus diisi maksimal 2 X 24 jam bagaimana akan sesuai standar ..”(ifg.3)

“..Kalau jumlah SDM ditempat kami bangsal Anak juga sama buh masih sangat kekurangan. Pelatihan dan sosialisasi tentang enam sasaran keselamatan pasien sudah pernah kami dapatkan dari diklat RS dan melalui prekomfrens oleh menejer ruangan. Saran sebaiknya perlu ditambah SDM keperawatannya agar terstandar..”(ifg.4)

“..SDM kita dari SDM perawat selama ini masih kurang Bu,. Pasien sangat banyak sekali seperti di penyakit dalam tidak sebanding dengan jumlah perawat. Sosialisasi terkait Patient Safety ini kami sudah pernah terpapar, saran saya harusnya rumah sakit melakukan review maksimal sekali setahun terhadap penerapan 6 SKP supaya kita tidak lengah dan tenaganya ditambah..”(ifg.5)

“..Kami di kebidanan tenaganya tidak begitu kurang, hanya kalau dinas sore atau malam yang terasa kurang. Untuk pelatihan terkait keselamatan pasien sudah ada kami dilatih seperti identifikasi pasien, hand hygiene, komunikasi SBAR..”(ifg.6)

“...Hambatan selama ini adalah karena SDM sangat kurang, beban kerja tinggi diruangan jadi pekerjaan kita sering tidak sesuai standar seperti kepatuhan melakukan identifikasi pasien, walaupun kita semua sudah tahu tentang enam sasaran keselamatan pasien kadang tidak sempat terlaksana..”(ifg.7)

Keterangan informan FGD:

1. Informan FGD 1 = Dokter
2. Informan FGD 2 = Apoteker
3. Informan FGD 3 = Ahli Gizi
4. Informan FGD 4 = Perawat Anak
5. Informan FGD 5 = Perawat Penyakit Dalam

6. Informan FGD 6 = Perawat Kebidanan
7. Informan FGD 7 = Perawat Bedah

Matrik triangulasi mengenai SDM dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang berdasarkan telaah dokumen, observasi, wawancara mendalam dan FGD dapat dilihat pada tabel 5.13 berikut ini:

Tabel 5.13 Matrik Triangulasi SDM dalam Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang

Topik	Dokumen	Observasi	Wawancara	FGD	Analisis Triangulasi
Tenaga	Data jumlah SDM RSUP.DR. M.Djamil Padang Ta.2016: 2340 orang (sumber: Bagian SDM). Jumlah kekurangan Keperawatan = 367 org (30%) dari 1138, Farmasi = 80 org (43%) dari 182, tenaga, Medis = 26 org, Gizi = 12 org. Ada bukti arsip sertifikat pelatihan staf didiklat RS terkait pelatihan keselamatan pasien dan manajemen mutu. Data kepuasan staf semester 1-2017: 54%	Adanya bukti jadwal dinas petugas di ruangan keperawatan dengan petukaran shifting pendek. Profesi keperawatan melakukan kerja rangkap.	Jumlah SDM keperawatan dan farmasi belum tercukupi, masih adanya kerja rangkap. Kualifikasi SDM cukup memadai. Peningkatan kualitas SDM melalui pelatihan, sosialisasi, uji petik, supervisi. Penanggung jawab program keselamatan pasien di RS: Direktur, Komite KPRS, Kabid/Kasie, Ka. Instalasi.	Tenaga keperawatan, farmasi masih kurang tidak sebanding dengan jumlah pasien terutama bagi ruangan yang padat pasien. Semua profesi sudah mendapatkan sosialisasi dan latihan terkait enam sasaran keselamatan pasien	Ketersediaan SDM RSUP DR.M.Djamil Padang dari beberapa profesi masih belum mencukupi, kekurangan SDM keperawatan 367 orang (30%) , farmasi 80 orang (43%). Kepuasan staf semester 1-2017: 54%. Pelatihan terkait <i>patien safety</i> rata-rata sudah diikuti oleh staf RS. Penanggung jawab program <i>patien safety</i> RS: Direktur, Komite KPRS, KSM, Kabid,Kasi, Ka.Inst

Berdasarkan telaah dokumen, observasi, wawancara mendalam dan FGD didapatkan hasil bahwa ada beberapa profesi yang sangat kekurangan SDM terutama dalam penerapan sasaran keselamatan pasien yaitu SDM keperawatan dan farmasi dengan perbandingan rasio yang belum sesuai standar. Hal tersebut didukung oleh data kepuasan staf 54% pada semester 1 tahun 2017, disebabkan oleh faktor kondisi pekerjaan yang kurang kondusif, sarana dan fasilitas yang kurang, serta harapan staf yang tidak terpenuhi. Dari sisi kualifikasi SDM sudah cukup memadai karena pada umumnya semua staf sudah mendapatkan pelatihan

tentang keselamatan pasien rumah sakit. Faktor hambatan dalam penerapan SKP selama ini adalah kekurangan tenaga, beban kerja yang ada menjadi lebih tinggi akibat beban kerja yang tinggi berdampak terhadap risiko terjadinya Insiden Keselamatan Pasien. Saran yang diajukan oleh para informan yaitu penambahan tenaga.

5.3.4 Metode

Metode untuk penerapan enam sasaran keselamatan pasien akan banyak menggunakan prinsip dan metode manajemen risiko mulai dari identifikasi, asesmen dan pengolahan risiko, 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.

RSUP.DR.M.Djamil Padang sudah mengadopsi prinsip dan metode dari pusat yang digunakan sebagai acuan dalam penerapan enam sasaran keselamatan pasien di rumah sakit. Adapun metode yang digunakan dapat dilihat pada tabel 5.14 berikut :

Tabel 5.14: Metode Dalam Penerapan Enam Sasaran Keselamatan Pasien Di RSUP.DR.M.Djamil Padang

No	Metode	Standar	Kondisi	Analisis
1	2	3	4	5
1.	Manajemen risiko	- Mulai identifikasi pasien, - Asesmen risiko, - Pengolahan risiko, yang berhubungan dengan risiko pasien, - Pelaporan insiden - Analisis insiden, - Tindak lanjut analisis insiden - Implementasi solusi .	dari Metode sudah ada, implementasi belum optimal, masih ada staf/PPA yang belum memahami dan konsisten dalam penerapan.	Strategi yang dijalankan adalah struktur laporan, pelatihan tim, layanan orientasi internal (LOI), pertemuan lintas disiplin atau <i>executive walk around /ronde</i> .
2	Promosi keselamatan pasien	Pengembangan keselamatan pasien RS untuk setiap standar yang akan di jalankan.	Metode sudah berjalan dengan optimal.	Strategi yang dilakukan, menginformasikan ke pasien, masyarakat dan petugas RS pentingnya keselamatan pasien di RS.
3	Metode SBAR	Proses komunikasi yang dilakukan	Metode sudah ada,	Strategi komunikasi yang dilakukan: proses

1	2	3	4	5
(situation, backgraound, assessment, recomencation)	profesional. berdasarkan latar penilaian rekomendasi dikomunikasikan dengan baik bertujuan memberikan kondisi penerapan, pengobatan pasien terlaksana lebih informatif, dan terstruktur.	implementasi belum optimal, situasi, masih ada staf/PPA yang memahami dan belum memahami dalam kondisi penerapan, pasien terlaksana 84% (standar 100%)	komunikasi antar klinisi (empat PPA), komunikasi antara dokter, komunikasi lainnya dengan pasien dan keluarga.	
4 Supervisi	Supervisi untuk monitoring evaluasi pelayanan berlangsung 24 jam secara terus menerus .	manajer Metode dan berjalan proses dengan yang optimal.	sudah Strategi dijalankan: dari seorang manajer (Ka. KSM/ Ka.Instalasi/ PP/ Karu) ke staf untuk mengenali capaian indikator mutu dan menyelesaikan konflik dalam pelayanan RS dan keselamatan pasien.	
5 PDCA	Langkah-langkah proses perbaikan meliputi: perencanaan (Plan), dikerjakan (Do), cermati hasilnya (Check), implementasikan untuk seterusnya (Action).	Metode sudah berjalan dengan optimal hanya sebagian dan ruangan.	Strategi yang sudah dilakukan: membentuk tim, menetapkan hanya sasaran perbaikan, menentukan pengukuran, memilih perubahan yang perlu dilakukan, menguji coba beberapa perubahan, melakukan analisis FMEA mengimplementasikan perubahan, menyebarkan ke unit yang lebih luas.	

(Sumber: Permenkes Nomor 1691 Tahun 2011 & Laporan KMMR-Sub Komite KPRS, RSUP.DR.M.Djamil Padang Tahun 2017)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dari beberapa informan tentang metode yang digunakan dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUP DR. M.Djamil Padang diperoleh informasi sebagai berikut :

“...Metode yang sudah kita jalankan dalam menerapkan SKP ini, penerapan langsung ke pasien, training atau workshop. Setiap 2 tahun Diklat kembali reminding semua petugas terkait sasaran keselamatan pasien. Metode supervisi,

rutin dari satker terkait, metode PDCA, monev dari komite mutu RS terhadap capaian dari penerapan SKP ini, jadi kegiatannya rutin per bulan..”(if.1)

“...Metode monitoring dan evaluasi dilaksanakan terus tiap bulan. Kegiatan ini dilakukan kepada seluruh petugas terutama kepada Profesional Pemberi Asuhan (PPA) Hambatan seperti, pertemuan yang sudah dijadwalkan, namun ada yang tidak bisa hadir. Upaya Rumah Sakit selama ini, pimpinan RS selalu menghimbau kepada unit kerja untuk lebih aktif, proaktif melakukan uji petik, resosialisasi, melakukan monev..”(if.2)

“..Metode yang pernah kami jalankan selama ini ronde bersama dengan empat PPA, uji petik, resosialisasi. Resosialisasi dilakukan pada saat pre conference. Hambatannya dalam pelaksanaan yang belum membudaya bagi individunya..”(if.3)

“..Metode uji petik, resosialisasi. Kalau resosialisasi dilakukan hampir setiap pre conference, jadi kita biasa lakukan. Hambatannya yaa dalam pelaksanaan atau penerapannya aja Bu..”(if.4)

“..Metode yang digunakan dalam komunikasi efektif, pakai metode S-B-A-R saat melakukan overan, hambatan yang ditemui seperti sikap dan perilaku tadi, jadi upaya dari instalasi selama ini melakukan bimbingan bu. tapi konsistensi penerapan dari 4 PPA memang masih ada yang kurang..”(if.5)

“..Menggunakan metode uji petik, monev, round day bersama dengan keempat PPA, resosialisasi pada saat pre conference dengan staf, upaya yang sudah dilakukan menejer adalah membina dan membimbing kalau ada yang tidak menjalani sesuai standar..”(if.6)

“..Kalau setiap ada pasien baru kita berikan LOI terutama tentang pelaksanaan identifikasi pasien, kita memakai teknik komunikasi SBAR. Kita lakukan antar profesi, dengan dokter, dengan gizi juga dalam setiap kita operan antar shif kita juga memakai teknik SBAR. Upaya yang dilakukan Instalasi, kita punya PIC monev dari instalasi ..”(if.7)

“..Ada metode uji petik, evaluasi kepada staf, sosialisasi dengan staf. Kendala selama ini penerapannya mungkin yang belum maksimal , upaya yang sudah dilakukan menejer mensosialisasikan kembali enam SKP itu kemudian diuji lagi..”(if.8)

“..Metode supervisi rutin untuk dokumen itu kita laksanakan 2 kali seminggu bu. Untuk dokumentasi semua PPA kita berkoordinasi ke bagian gizi atau MPO jika ada yang belum terlaksana. Kalau untuk uji petik itu dilakukan waktu kita sosialisasi tentang keselamatan pasien...”(if.9)

“..Kita melakukan sosialisasi saat pre conference, juga metode uji petik dan supervisi, kita dengan 4 PPA juga biasanya menggunakan metode round day biasanya sudah dijadwalkan..”(if.10)

Berikut ini disajikan matrik yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam tentang metode dalam penerapan upaya pencapaian standar sasaran keselamatan pasien di RSUP DR.M.Djamil Padang dapat dilihat pada tabel 5.15 berikut ini:



Tabel 5.15 Matrik Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Tentang Metode dalam Penerapan Upaya Pencapaian Standar Sasaran Keselamatan Pasien Di RSUP DR.M.Djamil Padang Tahun 2017

Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Informan 8	Informan 9	Informan 10	Kesimpulan
Metode dilakukan dengan penerapan langsung ke pasien, supervisi, monev, training, workshop, PDCA. Setiap 2 tahun Diklat <i>reminding</i> pelatihan SKP untuk semua petugas. (if.1)	Metode resosialisasi, monev, sudah dilaksanakan . Hambatan: ketidakhadiran peserta pertemuan sosialisasi sekitar Upaya manajemen RS: Ka.Inst. aktif, melakukan petik, resosialisasi, monev ke staf. (if.2)	Metode <i>round day</i> bersama empat uji resosialisasi sudah dilaksanakan dalam 20%. belum menjadi budaya semua lebih (if.3) proaktif uji ke staf.	Metode <i>round day</i> resosialisasi i sudah melakukan PPA, dilakukannya petik, PPA saat B-A-R <i>conference</i> . Hambatan: belum menjadi rutinitas bagi staf (if.4)	Komunikasi efektif menggunakan metode S-B-A-R sudah dilakukan PPA. Upaya Ka. Instalasi: PPA melakukan bimbingan dan pembinaan pada staf (if.5)	Menggunakan metode petik, monev, resosialisasi saat <i>conference</i> dari unit kerja: melakukan pembinaan dan bimbingan (if.6)	Metode Layanan Orientasi (LOI) diberikan pada setiap pasien baru masuk RS. Kendala: Komunikasi SBAR Belum menjadi staf/PPA. (if.7)	Metode evaluasi dan sosialisasi sudah dilaksanakan. Upaya monev sudah dilakukan. Kendala: motivasi staf belum optimal. Upaya dari Ka.Instalasi: p enunjukkan champion sebagai penggerak SKP (if.9)	Metode petik, 6 SKP, <i>round day</i> dijadwalkan dengan empat PPA diruangan (if.10)	Metode uji supervisi <i>round day</i> sudah penerapan sasaran kese pasien (S RSUP.DR.M. langsung ke supervisi, training, wo PDCA, sosialis <i>round day</i> , uj SBAR. Ha penerapan belum budaya ba PPA. Upaya dilakukan: pembinaan bimbingan sta	Secara kes metode dilaksanakan penerapan sasaran kese pasien (S RSUP.DR.M. langsung ke supervisi, training, wo PDCA, sosialis <i>round day</i> , uj SBAR. Ha penerapan belum budaya ba PPA. Upaya dilakukan: pembinaan bimbingan sta

Keterangan Informan :

- | | |
|---|---|
| 1. Informan 1 = Direktur Medik dan Keperawatan | 6. Informan 6 = pengawas Perawatan Bedah |
| 2. Informan 2 = Sub Komite KPRS | 7. Informan 7 = Kepala Ruangan Kebidanan |
| 3. Informan 3 = Pengawas Perawatan Kebidanan | 8. Informan 8 = Kepala Ruangan Anak |
| 4. Informan 4 = Pengawas Perawatan Anak | 9. Informan 9 = Kepala Ruangan Penyakit Dalam |
| 5. Informan 5 = Pengawas Perawatan Penyakit Dalam | 10. Informan 10 = Kepala Ruangan Bedah |

Hasil FGD tentang metode / cara kerja yang dilakukan dalam penerapan sasaran keselamatan pasien didapatkan informasi sebagai berikut :

“..Metode yang dilakukan selama ini uji petik, mengevaluasi, menejer memberitahu siapa-siapa saja DPJP yang belum mmengerti atau yang belum paham tentang SKP. Sebagai penguji biasanya Manajer, Ka. Instalasi. Ka.Instalasi nanti yang menyampaikan di rapat KSM..”(if.g.1).

‘..Di farmasi juga diuji petik, manajer mengevaluasi, bagi yang masih kurang diresosialisasikan lagi oleh Ka. Instalasi, terutama tentang keamanan obat yang perlu diwaspadai serta pelabelan obat dan identifikasi pasien..”(if.g.2)

“..Kalau dari Instalasi Gizi kami ada diingatkan dan diresosialisasikan oleh Ka. Instalasi buk, terkait SKP terutama cara indentifikasi pasien..”(if.g.3)

“..Kita di anak juga selalu dilakukan uji petik oleh Karu atau PP saat pre-kompre, lalu dievaluasi siapa yang belum mengerti atau lupa maka di sosialisasikan kembali..”(if.g.4)

“..Biasanya kalau kami di Penyakit Dalam itu setiap pagi 2 kali sehari kita mengadakan uji petik untuk ke enam SKP tersebut kepada semua petugas, baik perawat, medis, maupun SDM non profesional..”(if.g5)

“..Kalau dari kebidanan paling mengingatkan saja buk, setiap pagi oleh menejer (PP atau Karu) tentang 6 SKP..”(if.g.6)

“..Kalau di bedah kami selalu diuji petik, sekali sebulan kepala ruangan selalu mengevaluasi setiap pegawai, masing-masing dipanggil untuk ditanya tentang SPO tentang Keselamatan Pasien atau SKP, lalu disosialisasikan lagi sekali sebulan..”(if.g7)

Keterangan informan FGD:

1. Informan FGD 1 = Dokter
2. Informan FGD 2 = Apoteker
3. Informan FGD 3 = Ahli Gizi
4. Informan FGD 4 = Perawat Anak
5. Informan FGD 5 = Perawat Penyakit Dalam
6. Informan FGD 6 = Perawat Kebidanan
7. Informan FGD 7 = Perawat Bedah

Matrik triangulasi mengenai metode dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang berdasarkan telaah dokumen, observasi, wawancara mendalam dan FGD dapat dilihat pada tabel 5.14 berikut ini :

**Tabel 5.16 Matrik Triangulasi Metode dalam Penerapan Sasaran
Keselamatan Pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang**

Topik	Dokumen	Observasi	Wawancara	FGD	Analisis Triangulasi
Metode	Ada laporan kegiatan <i>training</i> , workshop dari Diklat RS. Ada buku saku yang diterbitkan RS tahun 2015 berisi materi keselamatan pasien, Ada dokumen pelaksanaan monev secara berkala dan uji petik sesuai form dipedoman keselamatan pasien terbitan Kemkes tahun 2008 - 2015	Metode yang digunakan sudah mengacu kepada buku pedoman keselamatan pasien & PMK 1691/2011. Ada bukti pelaksanaan uji petik, bukti resosialisasi rapat, pre kompre, SBAR, supervisi/ monev, training, workshop, <i>walk around</i> .	Metode yang dilaksanakan, penerapan SKP langsung ke pasien, training, workshop, resosialisasi, monev berkala, <i>round day</i> bersama empat PPA, metode PDCA, uji petik, komunikasi efektif dengan metode SBAR, layanan orientasi dan informasi (LOI) pada pasien baru. Hambatan yang ditemui, sikap dan perilaku yang belum membudaya, motivasi staf masih belum optimal. Upaya yang dilakukan proaktif, uji petik, pembinaan dan bimbingan staf	Metode yang digunakan uji petik, resosialisasi, monitoring dan evaluasi	Metode yang digunakan dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP DR.M.djamil Padang: langsung ke pasien, supervisi, monev berkala, metode PDCA, uji petik, training, workshop, <i>round day</i> , metode SBAR, layanan orientasi (LOI). Upaya yang dilakukan dari kendala yang ditemui, pembinaan dan bimbingan staf

Berdasarkan telaah dokumen, observasi, wawancara mendalam dan FGD didapatkan hasil bahwa metode yang digunakan dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang antara lain langsung ke pasien, supervisi, monev dari komite mutu setiap bulan, training, uji petik, workshop, *round day* bersama empat PPA, metode SBAR dalam pelaksanaan komunikasi, metode PDCA, pemberian layanan orientasi dan informasi (LOI) pada setiap pasien baru, Penerbitan buku saku berisi materi keselamatan. Dalam pelaksanaan metode RS.Dr.M.Djamil mengacu kepada buku poedoman keselamatan pasien dari pusat

5.3.5 Anggaran/ Dana

Ketersediaan anggaran yang dibutuhkan untuk semua kegiatan dan kebutuhan sarana dalam mendukung program keselamatan pasien di RSUP DR.M.Djamil Padang selama ini sudah cukup memadai. Semua pembiayaan kebutuhan pelayanan dan kebutuhan keselamatan pasien melekat kepada perhitungan biaya operasional rumah sakit per tahun secara keseluruhan. Dana tersebut dialokasikan

sesuai dari usulan rancana anggaran biaya (RAB) tahunan dari masing-masing satuan unit kerja atau bidang terkait. Realisasi anggaran tergantung dari besaran anggaran yang diserap di tahun berjalan. Sumber dana yang dipergunakan rumah sakit adalah dana APBN, dana pusat (Kemkes.RI), Dipa BLU, Dipa Modal, Dipa rutin serta dari sumber lainnya yang sah sesuai dengan perundang-undangan dan ketentuan yang berlaku. Secara ringkas untuk laporan semua pendanaan untuk pembiayaan segala kebutuhan layanan operasional, belanja barang operasional, serta belanja alat kedokteran dan alat kesehatan dapat dilihat pada tabel 5.17 berikut ini:

**Tabel. 5.17: Anggaran Biaya Berdasarkan Kegiatan
RSUP.DR.M.DJamil Padang Tahun 2016**

No.	Sumber Dana/ Sub Kegiatan	Alokasi (Rp)	Realisasi (Rp)	Nilai Serapan Anggaran	Analisis
1	2	3	4	5	6
1	DIPA BLU Layanan Operasional Rumah Sakit (PNBP/BLU) diantaranya: 7. Pengadaan alat kedokteran 8. Pengadaan obat dan Bahan Habis Pakai	492.855.343.000	228.758.712.180	46,41%	Capaian penyerapan an anggaran DIPA PNBP/BLU masih rendah sampai akhir tahun anggaran. Anggaran masih bersisa sebesar 53,59%.
2	DIPA RUTIN: a. Belanja Barang operasional lainnya	3.015.800.000	2.279.365.269	75,58%	Capaian penyerapan anggaran DIPA rutin belum sesuai target, idealnya nilai serapan 75,58% ini berada diposisi triwulan 3. Anggaran masih bersisa sebesar 24,42%

1	2	3	4	5	6
3	DIPA MODAL:				Capaian penyerapan
	a. Alat	132.644.452.000	108.672.937.408	81,92%	anggaran DIPA
	Kedokteran,				Modal belum
Alat					mencapai maksimal
Kesehatan					100%. Anggaran
dan KB					masih bersisa
					sebesar 18%.

(Sumber: Direktorat Keuangan, Sub Bagian Perencanaan Dan Anggaran RSUP DR.M.Djamil Padang Tahun 2016)

Berdasarkan data keuangan pada tabel 5.17 dapat disimpulkan bahwa nilai capaian penyerapan an anggaran DIPA PNB/BLU RSUP DR.M.Djamil Padang masih rendah sampai akhir tahun, anggaran masih bersisa sebesar 53,59%. Dalam hal ini terlihat adanya azaz efisiensi dari rumah sakit terhadap penggunaan dana BLU. Artinya rumah sakit lebih mengoptimalkan alokasi rupiah murni (dana pusat). Belanja barang disesuaikan dengan penerimaan yang ada sehingga menciptakan *cashflow* yang baik. Sedangkan untuk penyerapan anggaran DIPA rutin dan DIPA belanja modal belum sesuai target, idealnya nilai serapan 100%, terlihat anggaran masih bersisa sekitar 18% dan 24,42%, nilai persentase ini seharusnya berada diposisi triwulan 3 . Idealnya untuk pemakaian dana pusat tersebut, rumah sakit seharusnya sudah mengoptimalkan penggunaan anggaran sampai akhir tahun dengan target penyerapan 100%. Kondisi ini terjadi karena beberapa faktor antara lain, rumah sakit menjelang akhir tahun mempunyai keterbatasan waktu terkait masalah proses pengadaan barang seperti, faktor penyedia barang belum siap untuk mensuplay barang, barang telat datang ke tempat tujuan dari penyedia barang, barang tidak sesuai spesifikasi yang diminta, mutu barang kurang bagus sehingga terjadi proses *return* barang.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan beberapa informan tentang pendanaan dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUP. Dr.M.Djamil Padang didapatkan informasinya sebagai berikut:

“..Dana yang dipakai untuk pencapaian pelayanan terkait pelaksanaan program Pasien Safety di Rumah Sakit ini bersumber dari dana BLU, misalnya pengadaan bahan medis habis pakai. Pengadaan barangnya itu satu pintu yaitu dari tim teknis. Pengajuannya dimulai dari perencanaan unit/ instalasi, baru rumah sakit yang menyediakan. Dengan kondisi keuangan yang sudah membaik harusnya tidak terkendala...” (if.1)

“..Ada bentuk kegiatan keselamatan pasien yang dilakukan tidak perlu pakai dana, hanya perlu waktu dan SDM dari tim yang turun seperti round day keselamatan pasien. Jika ada tindak lanjut dari suatu permintaan barulah membutuhkan dana, contoh butuh bed safety dan lain-lainnya..”(if.2)

“..Semua dana bersumber dari RS, dan dana dari pusat. Kalau menurut saya standarnya dana itu harus mendukung kegiatan yang ada di pelayanan, kadang masih ada juga hambatan dalam pengadaan sarannya karena terkait dengan pendanaan RS..”(if.3)

“..Kalau dana barangkali tentu dari Rumah Sakit buk. Kalau dari kita di Instalasi sama sekali tidak ada memegang keuangan RS. Hambatan biaya untuk memenuhi kebutuhan pelyanan dan ruangan yang sifatnya cyto...”(if.4)

“..Kalau dana untuk diunit pelayanan keperawatan memang tidak ada. Hambatan terkait dana contohnya seperti penyediaan obat-obatan farmasi, penyediaannya jadi tertunda. Saran saya terkait ketersediaan anggaran, jika ada dana taktis yang dialokasikan untuk per unit masalah yang kecil terkait fasilitas bisa kita atasi dan ditanggulangi dengan segera..”(if.5)

“..Sumber dana untuk sarana Patient Safety semuanya berasal dari rumah sakit buk, untuk kami di Instalasi memang tidak ada memegang dana..”(if.6)

“..Mungkin dari dana BLU RS atau mungkin ada juga bantuan dari pusat buk. Sarannya dari sisi anggaran tentu semua yang kita rencanakan dari Instalasi, bisa terpenuhi dan kita di ruangan juga bekerja bisa lebih nyaman lagi dengan adanya sarana yang cukup..”(if.7)

“..Kalau sumber dana untuk membeli kebutuhan sarana keselamatan pasien itu semua dari Rumah Sakit buk dan kita di Instalasi sama sekali tidak ada memegang keuangan RS..”(if.8)

“..Sistem pendanaan sebelumnya, setahu kami Instalasi ada diberikan dana untuk pembelian yang sifatnya cyto dan urgen,sekarang memang tidak ada lagi. Semua dananya dikelola bagian keuangan rumah sakit yang bersumber dari BLU dan dari APBN..”(if.9)

“..Kita di Instalasi hanya mengajukan perencanaan kebutuhan per tahun ke RS. Berupa dana taktis atau dana yang dialokasikan ke ruangan tidak ada...”(if.10)

Berikut ini disajikan matrik yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam tentang dana dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUP DR.M.Djamil Padang pada tabel dibawah ini, dapat dilihat pada tabel 5.18 berikut ini :

**Tabel 5.18 Matrik Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Tentang Dana dalam Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien
Di RSUP DR.M.Djamil Padang Tahun 2017**

Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Informan 8	Informan 9	Informan 10	Kesimpulan
Dana yang dipakai untuk pelaksanaan program <i>Patient Safety</i> sudah tercukupi, dana bersumber dari dana BLU RS. Pengajuan dimulai dari perencanaan, unit/ instalasi. Rumah sakit sebagai penyedia. Saran, diperlukan koordinasi yang optimal terkait pengadaan.	Sumber dana berasal dari rumah sakit. Dana dibutuhkan jika ada kegiatan atau kebutuhan <i>patient safety</i> yang harus dijalankan.	Sumber dana dari RS dari dana BLU dan dana pusat. Dana sebagai alat pendukung kegiatan di pelayanan	Instalasi tidak diberi tanggung jawab untuk memegang keuangan RS.	Kebutuhan dana tercukupi. Hambatan: pengadaan obat sering tertunda karena kondisi keuangan RS. Saran, ada dana taktis yang dialokasikan untuk diunit kerja.	Sumber dana untuk sarana <i>Patient Safety</i> semuanya berasal dari rumah sakit, di Instalasi tidak ada memegang dana.	Sumber dana dari BLU dan bantuan dari pusat. Saran: semua kebutuhan yang direncanakan dari Instalasi, hendaknya terpenuhi oleh RS	Sumber dana untuk membeli kebutuhan sarana keselamatan pasien berasal dari Rumah Sakit.	Dana dari unit Instalasi tidak ada. Semua pendanaan dikelola oleh bagian keuangan rumah sakit, dana bersumber dari BLU dan APBN	Instalasi mengajukan perencanaan kebutuhan per tahun ke RS. Kebutuhan bersifat emergensi, ruangan tidak bisa membeli, Saran: RS agar mengalokasikan dana untuk instalasi .	Instalasi mengajukan perencanaan kebutuhan per tahun ke RS. Kebutuhan bersifat emergensi, ruangan tidak bisa membeli, Saran: RS agar mengalokasikan dana untuk instalasi .

Keterangan Informan :

1. Informan 2 = Sub Komite KPRS
2. Informan 3 = Pengawas Perawatan Kebidanan
3. Informan 4 = Pengawas Perawatan Anak
4. Informan 5 = Pengawas Perawatan Penyakit Dalam
5. Informan 6 = pengawas Perawatan Bedah
6. Informan 7 = Kepala Ruangan Kebidanan
7. Informan 8 = Kepala Ruangan Anak
8. Informan 9 = Kepala Ruangan Penyakit Dalam
9. Informan 10 = Kepala Ruangan Bedah

Hasil FGD tentang dana dalam penerapan sasaran keselamatan pasien didapatkan informasi sebagai berikut :

“..Dari mana sumber dananya saya kurang tahu, yang jelas jika kita membutuhkan sarana atau fasilitas, manajemen rumah sakit yang langsung menyediakan..” (ifg.1)

“..Sama bu, saya juga kurang tahu dari mana asal dana yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan sarana pasien safety seperti di Farmasi untuk pengadaan label obat dan tempat penyimpanan obat harus ada sesuai standar akreditasi..” (ifg.2)

“..Menurut saya mungkin dana yang digunakan selama ini adalah dari dana pusat bu..” (ifg.3)

“..Kurang tahu persis sumber dana yang digunakan untuk kebutuhan sarana pasien safety ini karena setahu kami apa yang direncanakan oleh manajer Instalasi itulah yang dibeli oleh RS..” (ifg.4)

“..Kalau menurut saya mungkin dana yang digunakan ini dari dana rumah sakit bu, seperti pengadaan gelang pasien, telepon, bed safety, untuk hand hygiene, dan lain-lainnya terkait sasaran keselamatan pasien. Hambatan selama ini kadang ada sarana yang habis atau kosong, RS belum bisa mengadakan dalam waktu dekat alasannya terkait dengan anggaran RS..” (ifg.5)

“.. Setahu saya sumber dananya adalah dari RS, karena Instalasi tidak ada punya dana taktis khusus untuk membeli sarana atau fasilitas untuk Pasien safety, seperti kebutuhan beli bed safety dan lain-lainnya..” (ifg.6)

“..Menurut saya dana yang digunakan selama ini khususnya untuk penerapan SKP mungkin dari dana BLU dan pusat bu, karena RS ini juga termasuk RS pusat. Hambatan terkait dana memang pernah terjadi, sehingga kami sering terkendala dalam memenuhi kebutuhan pasien maupun untuk kami petugas..” (ifg.7).

Keterangan informan FGD:

1. Informan FGD 1 = Dokter
2. Informan FGD 2 = Apoteker
3. Informan FGD 3 = Ahli Gizi
4. Informan FGD 4 = Perawat Anak
5. Informan FGD 5 = Perawat Penyakit Dalam
6. Informan FGD 6 = Perawat Kebidanan
7. Informan FGD 7 = Perawat Bedah

Matrik triangulasi mengenai dana dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang berdasarkan telaah dokumen, observasi, wawancara mendalam dan FGD dapat dilihat pada tabel 5.19 berikut ini :

Tabel 5.19 Matrik Triangulasi Dana dalam Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang

Topik	Dokumen	Observasi	Wawancara	FGD	Analisis Triangulasi
Dana	Ada rincian alokasi dana di laporan Keuangan RSUP DR. M.Djamil Padang termasuk di Anggaran Operasional Pelayanan berupa pengadaan alkes dan BMHP melalui anggaran DIPA BLU.	Adanya laporan permintaan kebutuhan per tahun & berkala dari Instalasi keparawatan terkait dengan kebutuhan alat kesehatan, BMHP dan kebutuhan pelayanan.	Dana yang dipakai untuk pelaksanaan program <i>Patient Safety</i> secara keseluruhan bersumber dari dana BLU dan APBN. Kondisi keuangan RS sudah mulai mencukupi untuk memenuhi kebutuhan pelayanan. Koordinasi yang belum optimal dalam hal pengadaan barang	Untuk pembelian semua sarana atau alat kesehatan di kelola oleh bagian keuangan RS	Secara keseluruhan keuangan RS bersumber dari dana BLU dan APBN. Realisasi anggaran mulai mencukupi untuk kebutuhan pelayanan/ operasional. Terkendalanya dalam proses pengadaan barang. Terbukti adanya kekosongan pada sarana rutin di pelayanan, disebabkan koordinasi yang belum optimal antar satuan kerja terkait dalam pengadaan barang.

Dari tabel 5.19. dapat diketahui bahwa penerapan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP DR. M.Dajmil Padang didukung oleh anggaran dari Badan Layanan Umum (BLU) dan Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN), meskipun sudah mulai mencukupi tetapi masih ada ditemukan hambatan dalam proses pengadaan barang. Masih ada terjadi kekosongan sarana rutin (alkes/ BMHP) di pelayanan yang seharusnya tidak terjadi terutama untuk keselamatan pasien dan keamanan petugas.

5.3.6 Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana sangat dibutuhkan sebagai alat pendukung dalam pelaksanaan kegiatan program keselamatan pasien di rumah sakit. Sebagian besar sarana dan prasarana sudah terpenuhi untuk standar keselamatan pasien, namun masih ada beberapa sarana dan prasarana terkait dengan standar keselamatan pasien yang masih belum optimal dalam proses pengadaannya maupun pemeliharannya, dapat dilihat pada tabel 5.20 dibawah ini:

**Tabel 5.20: Data Sarana Dan Prasarana Keselamatan Pasien RSUP
DR.M.Djamil Padang tahun 2017**

No.	Jenis Barang	Standar Kebutuhan	Jumlah Tersedia	Kondisi	Keterangan
1	2	3	4	5	6
1	SKP.1				
	a. Gelang identitas pasien (warna pink, biru)	1968 box/ tahun	1968 box/ tahun	Sudah Sesuai	Saat ini gelang identitas tercukupi. Gelang pink dan biru bulan lalu kosong terkait proses pengadaan yang lama
	b. Gelang penanda (warna merah, putih, ungu)	merah: 200 box/tahun, putih: 160 box/tahun, ungu: 100 box/tahun	merah: 200 box/tahun, putih: 160 box/tahun, ungu: 100 box/tahun	Sudah Sesuai	Gelang penanda tercukupi untuk semua warna
	c. Stiker identitas pasien	720 Roll/ tahun	720 Roll/ tahun	Sudah Sesuai	Pengadaan stiker sempat kosong dalam 2 minggu, disebabkan karena proses pengadaan yang lama
2	SKP.2				
	a. Telepon	43 unit/ instalasi perawatan	Tersedia 43 unit. Dari 43, ada 8 unit tidak berfungsi (18%)	Belum sesuai	Saat ini ada 8 unit telpon yang tidak berfungsi di instalasi perawatan sudah lebih 1 bulan masih dalam proses perbaikan dari IPS
	b. Alfabet		20 bh/ nurse station	Sudah Sesuai	Tersedia ditiap counter perawat
3	SKP.3				
	a. Stiker/ label obat <i>High Allert</i>	157 rim/ tahun	157 rim/ tahun	Sudah Sesuai	Semua obat <i>High Allert</i> sudah diberi label
	b. Lemari penyimpanan obat	3 Depo farmasi / 4 Instalasi perawatan	3 Depo farmasi / 4 Instalasi perawatan	Sudah Sesuai	Obat pasien masih ada terdapat di ruangan perawat dengan suhu yang tidak standar
4	SKP. 4				

a. Format <i>surgical safety</i>	@1 lembar / status RM	@1 lembar / status RM	Sudah Sesuai	Digunakan untuk keselamatan pasien
----------------------------------	-----------------------	-----------------------	--------------	------------------------------------

1	2	3	4	5	6
	ceklist (SSC)	pasien operasi	pasien operasi		operasi.
	b. Pena <i>Site Maker</i>	@1 bh/ nurse station	9 bh/ nurse station	Sudah Sesuai	Digunakan khusus untuk penandaan posisi operasi
5	SKP. 5				
	a. Cairan <i>Handrub/ Handwash</i>	5000 botol/tahun @500 ml/1botol	5000 botol/tahun @500 ml/1botol	Sudah Sesuai	Digunakan untuk <i>hand hygiene</i> Terdapat di tiap ruangan pasien dan ruang petugas
	b. Tissue	90.000 kotak/ tahun	Persediaan kosong diruangan	Belum sesuai	Persediaan tissue sering kosong karena proses pengadaan
	c. Wastafel	@1 bh/ semua <i>nurse station</i> dan ruang perawatan	40 bh/ <i>nurse station</i> dan ruang perawatan. Tidak berfungsi 12 bh (30%)	Belum sesuai	Masih dalam proses perbaikan dari unit IPS.
6	SKP. 6				
	a. Segitiga Kuning penanda risiko jatuh	720 bh/ semua ruang perawatan	720 bh/ semua ruang perawatan Rusak sebanyak 200 bh (27%)	Belum sesuai	Digunakan untuk setiap bed pasien yang beresiko jatuh. Realisasi kebutuhan masih dalam proses
	b. Gelang kuning pasien	300 box/tahun (dewasa & bayi)	300 box/tahun (dewasa & bayi)	Sudah Sesuai	Digunakan untuk pasien beresiko jatuh
	c. Tempat tidur <i>safety</i> (dengan pengaman)	800 bh	800 bh	Sudah Sesuai	Sudah ada tambahan tempat tidur <i>safety</i> yang baru sebanyak 300 bh, sebagai pengganti yang rusak

(Sumber: laporan Bagian Perencanaan RSUP.DR.M.Djamil Padang (2017))

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan beberapa informan tentang sarana dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUP. Dr.M.Djamil Padang didapatkan sebagai berikut :

"...Sebagian sarana sudah ada seperti ketersediaan gelang untuk identitas, gelang untuk penanda risiko jatuh, warna kuning, lalu handraill belum semua ruangan terpasang. Bel dikamar pasien juga belum ada seharusnya kan ada bel dari kamar pasien ke counter perawat.." (if.1)

“..Kendala terbesar saat ini adalah fasilitas, seperti gelang identitas pasien untuk SKP1, stiker identitas pasien kertas yang sering menjadi terkendala, untuk sarana SKP 3 ada suhu penyimpanan obat yang tidak sesuai standar. Sarana SKP 5 RS sudah menyediakan wastafel, handrub, tisu, namun ketersediaannya sering terputus. SKP 6 Rumah Sakit sudah menyediakan 300 tempat tidur yang safety, ketersediaan fasilitas lain seperti pengaman di koridor ruang rawatan sebagian besar belum..”(if.2)

“..Sarana wastafel yang belum cukup, tempat tidur dengan pengaman dan segitiga penanda resiko jatuh sudah ada, hanya handraill, bel yang belum ada di masing-masing ruangan dan kamar mandi pasien...”(if.3)

“..Kalau sarana untuk penanda risiko jatuh untuk di bed tidak cukup. Penyimpanan obat high alert kenyataannya di ruangan ada KCL, ada glukosa. Hambatan yang ditemui wastafel yang belum cukup..”(if.4)

“..Gelang kuning untuk risiko jatuh masih kurang. Alat untuk komunikasi cukup di masing-masing counter. Kalau sarana hand hygiene cukup hanya tisu sudah berapa lama tidak ada sering kosong. Pernah ada kejadian pasien jatuh karena untuk pegangan tidak ada, ini yang menjadi kendala selama ini..”(if.5)

“..Kalau untuk barcode pengadaannya sempat terputus. Masalahnya stiker identitas pasien masih ditemukan tidak di pasang saat pasien di IGD. Segitiga kuning juga masih kurang. Cuma telfon yang masih terkendala karena rusak...”(if.6)

“..Terkadang ada juga kurang tapi akhirnya terpenuhi juga. Tissue kadang-kadang tersedia kadang-kadang tidak. Cuma di sini yang tidak ada bel baik di kamar pasien maupun di kamar mandi pasien. Untuk kelas 3 yang fasilitasnya masih kurang, yang menjadi kendala, kadang-kadang permintaan gak langsung dapat, kita harus menunggu..”(if.7)

“..Untuk sarana hand hygiene masih kurang untuk handwashnya. Serbet, itu sudah berapa lama belum ada realisasinya. Untuk penyimpanan obat high alert masih ada di ruangan yang seharusnya berada di farmasi. Kendala yang ditemui seperti wastafel belum cukup..”(if.8)

“..Label, dan stikernya sering kosong, juga ada beberapa fasilitas lainnya yang sering kosong contohnya sekarang tisu untuk hand hygiene. Kemaren ada kasus sentinel pasien jatuh di kamar mandi. Bel di kamar pasien sampai saat ini belum ada. kendala kita adalah memang telfon kita rusak....”(if.9)

“..Bedah sudah punya pulpen set marking untuk penandaan lokasi operasi , segitiga penanda resiko jatuh ini cukup banyak yang sudah rusak, dengan bel untuk

risiko jatuh itu juga belum ada. Untuk Kamar mandi yang ada handraill hanya 2 kamar..”(if.10)

Berikut ini disajikan matrik yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam tentang sarana dalam penerapan pencapaian standar sasaran keselamatan pasien di RSUP DR.M.Djamil Padang pada tabel dibawah ini, dapat dilihat pada tabel 5.21 berikut ini :



Tabel 5.21 Matrik Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Tentang Sarana dalam Penerapan Upaya Pencapaian Standar Sasaran Keselamatan Pasien Di RSUP DR.M.Djamil Padang Tahun 2017

Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Informan 8	Informan 9	Informan 10	Kesimpulan
Umumnya sarana untuk SKP sudah terlengkapi oleh RS. Masih ada beberapa sarana yang tidak tersedia. Handraill, bel belum ada.	Sarana fasilitas SKP belum terpenuhi seluruhnya: stiker pasien kosong. <i>handraill</i> terpasang sebagian. Tempat tidur sudah lengkap.	Sebagian besar sarana untuk SKP 6 sudah ada. Beberapa sarana belum lengkap: tissue, astafel, <i>handrail</i> bel	Masalah sarana: barcode, penanda segitiga kuning sering kosong. Penyimpanan obat <i>high alert</i> belum sesuai standar, masih terdapat ruangan perawatan.	Sarana SKP 6 belum terpenuhi: gelang penanda risiko jatuh kurang, pagar pengaman bed kurang standar, tissue sering di kosong.	Pengadaan asilitas belum lengkap: barcod dentitas, Segitiga kuning kurang, telfon sering rusak, <i>handraill</i> belum ada.	Sarana untuk identifikasi pasien sudah tercukupi. Sarana <i>hand hygiene</i> umumnya terpenuhi. Bel belum terpasang fasilitas kelas 3 masih kurang.	Sarana SKP 6 belum tercukupi: segitiga penanda risiko jatuh kurang. Sarana SKp 5: wastafel, tissue, serbet, belum cukup. Sarana SKP 3: ruangan penyimpanan obat <i>high alert</i> belum ada.	Gelang pasien cukup, stiker sering kosong, bed pasien sudah <i>safety</i> , <i>hand rail</i> sebagian kecil terpasang di kamar mandi pasien.	Sebagian besar sarana cukup: Gelang pasien, lemari <i>high alert</i> , alat <i>side marking</i> , bed <i>Safety</i>	Secara keseluruhan sarana dan fasilitas untuk kebutuhan SKP sebagian besar sudah terlengkapi di RSUP DR.M.Djamil. Ada beberapa sarana yang kosong, belum sesuai standar dan rusak, terkait dengan pemeliharaan, proses pengadaan.

Keterangan Informan :

1. Informan 1 = Direktur Medik dan Keperawatan
2. Informan 2 = Sub Komite KPRS
3. Informan 3 = Pengawas Perawatan Kebidanan
4. Informan 4 = Pengawas Perawatan Anak
5. Informan 5 = Pengawas Perawatan Penyakit Dalam
6. Informan 6 = pengawas Perawatan Bedah
7. Informan 7 = Kepala Ruangan Kebidanan
8. Informan 8 = Kepala Ruangan Anak
9. Informan 9 = Kepala Ruangan Penyakit Dalam
10. Informan 10 = Kepala Ruangan Bedah

Hasil FGD tentang sarana dalam penerapan sasaran keselamatan pasien didapatkan informasi sebagai berikut :

“...Untuk sarana seperti sudah banyak yang sudah dilengkapi oleh RS, seperti gelang untuk identitas, gelang warna kuning, tetapi ada juga sarana yang masih sering kosong, kalau handraill belum semuanya ruangan terpasang. Bel dikamar pasien maupun di kamar mandi juga belum ada..”(Ifg.1)

“..Untuk label obat kurang, label obat kami pakai tulisan tangan, di KIO tu kadang ndak ditempel barcode/ stiker identitas pasien, alasannya karena barcodenya kosong..”(ifg.2)

“..Gizi memerlukan kertas barcode tapi terkadang terkadala di kertas barcodenya yang tidak ada. Kendalanya kalau di bangsal anak ini biasanya pakai barcode yang model lama dengan tulisan tangan, jabaran dietnya, nama pasien dan nama ibu kandungnya cuma dibuat dengan tulisan tangan..”(Ifg.3)

“..Tissue untuk hand hygiene sering kosong. Bel baik untuk dikamar pasien maupun di kamar mandi pasien tidak ada. Kendalanya kalau permintaan gak langsung dapat. Sarannya sarana dan prasarananya harus tersedia secara lengkap, sehingga kita bekerja di ruagan ini menjadi lebih terstandar..”(ifg.4)

“..Kalau sarana hand hygiene cukup hanya tissunya sudah berapa lama tidak ada sering kosong, wastafel yang ada di interne tidak cukup per wing. Untuk handrail sampai sekarang masih belum ada bu, pernah ada kejadian pasien jatuh karena untuk pegangan juga tidak ada,..”(ifg.5)

“..Sarana untuk identifikasi seperti gelang, barcode sudah ada, yang lainnya sudah cukup tapi wastafel yang belum cukup, handraill, bel belum ada di masing-masing ruangan dan kamar mandi pasien...”(ifg.6)

“..Kalau di ruangan kami bedah, hampir semua unit rata-rata bisa dibilang kekurangan ya, seperti wastafel, di ruangan ada wastafel 3 buah tapi yang berfungsi cuma satu..”(ifg.7)

Keterangan informan FGD:

1. Informan FGD 1 = Dokter
2. Informan FGD 2 = Apoteker
3. Informan FGD 3 = Ahli Gizi
4. Informan FGD 4 = Perawat Anak
5. Informan FGD 5 = Perawat Penyakit Dalam
6. Informan FGD 6 = Perawat Kebidanan
7. Informan FGD 7 = Perawat Bedah

Matrik triangulasi mengenai sarana dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang berdasarkan telaah dokumen, observasi, wawancara mendalam dan FGD dapat dilihat pada tabel 5.22 berikut ini :

Tabel 5.22 Matrik Triangulasi Sarana dalam Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang

Topik	Dokumen	Observasi	Wawancara	FGD	Analisis Triangulasi
Sarana	Ada laporan perencanaan tahunan untuk sarana dan fasilitas dari masing-masing Instalasi. Ada surat permintaan sarana dari semua Instalasi. Ada laporan perencanaan tahunan 2017 dari bagian perencanaan dan daftar distribusi alat 2017 dari bidang fasilitas	Terpasang gelang identitas dan gelang kuning pada pasien. Tersedia label obat, <i>bed safety</i> , alat komunikasi, cairan <i>hand hygiene</i> , pena site marker diruangan. terdapat 8 unit telpon tidak berfungsi , tisu kosong, <i>handraill</i> belum semua terpasang, bel belum ada, wastafel 12 buah (30%) tidak berfungsi dari 40 buah	Sarana untuk SKP umumnya sudah tercukupi kecuali stiker, telpon sering rusak, ruangan penyimpanan obat belum sesuai standar, <i>handraill</i> dan bel belum terpasang, wastafel belum cukup, ada yang rusak . sering terkendala di proses pengadaan.	Sarana untuk penerapan keselamatan pasien ada yang sudah terpenuhi, dalam pengadaan rutinitas sering terkendala seperti tissue, label obat, stiker identitas pasien, <i>handraill</i> , bel, wastafel belum direalisasi	Ketersediaan sarana untuk penerapan sasaran keselamatan pasien diruangan rawat sebagian besar sudah tersedia. Masih ada yang belum optimal dalam pengadaan, belum terealisasi, tidak berfungsi. Sering terkendala di proses pengadaan dan pemeliharaan sarana. Semua Instalasi sudah mengajukan permintaan sarana dan fasilitas, dan sudah masuk ke laporan perencanaan tahunan 2017 dibagian Perencanaan RS.

Berdasarkan telaah dokumen, observasi, wawancara mendalam dan FGD tentang kelengkapan sarana dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di ruangan rawat inap RSUP Dr. M.Djamil Padang sebagian sudah tercukupi. Masih ada sarana yang belum optimal dalam pengadaan atau sering terputus maupun belum terealisasi seperti, tissue, label obat, stiker identitas pasien dan *handraill*, bel pasien. Bukti laporan permintaan sarana dan fasilitas dari masing-masing Instalasi sudah ada. Laporan perencanaan tahunan dan distribusi alat dari bidang fasilitas dan bagian perencanaan RS juga sudah ada.

5.4 Komponen Proses

5.4.1 Perencanaan

Perencanaan merupakan suatu proses berfikir untuk merencanakan kegiatan yang sistematis, merancang proses dan hasilnya dapat diukur, dapat dicapai, realistis, berorientasi pada waktu, memutuskan apa yang akan dilakukan, siapa yang melakukan, bagaimana, kapan dan dimana hal tersebut dilaksanakan, memberikan umpan balik, berdasarkan visi, misi filosofi dan tujuan dari rumah sakit untuk mencapai tujuan organisasi.

Perencanaan program kerja gerakan keselamatan pasien (KPRS) dan manajemen risiko klinis (MRK) di RSUP.DR.M.Djamil Padang Tahun 2012 – 2016 dibuat dalam bentuk program kegiatan, ada tujuan, sasaran, penanggung jawab kegiatan, target waktu/ jumlah cakupan yang diharapkan dalam jangka waktu 5 (lima) tahun kerja. Perencanaan program keselamatan pasien di RSUP DR.M.djamil Padang diadopsi berdasarkan Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*patient safety*) Depkes RI. tahun 2008. Perencanaan untuk implementasi sasaran keselamatan pasien diawali dari tahap persiapan sampai tahap evaluasi yaitu menetapkan kebijakan/ regulasi, rencana jangka pendek keselamatan pasien rumah sakit (KPRS), menetapkan sasaran serta target tahunan KPRS. Menetapkan unit kerja yang bertanggung jawab mengelola standar keselamatan pasien rumah sakit yaitu sub komite KPRS. Memilih penggerak (*champion*) yang akan menjadi motor penggerak KPRS dan merencanakan pelatihan dalam bentuk “*Workshop Patient Safety* dan Manajemen Risiko Klinis”. Kemudian disusun rencana kerja serta tujuannya dan indikator standar enam sasaran keselamatan pasien. Perencanaan program kerja tersebut dapat dilihat pada lampiran.

Mekanisme dan alur yang dibuat RSUP.DR.M.Djamil terkait usulan perencanaan yaitu semua rencana kebutuhan dari instalasi ditujukan ke bagian perencanaan, bagian keuangan, Sub Bagian Logistik RS, dan bagian terkait lainnya. Pengusulan diteruskan ke Pejabat Pelaksana Teknis Kegiatan (PPTK), pejabat pengadaan, dan diverifikasi oleh Pejabat Pembuat Komitmen (PPK) untuk disetujui oleh Kuasa Pengguna Anggaran (KPA) yaitu Dirut RS. Berdasarkan Perpres No. 54 Tahun 2010 mengatur bahwa penanggung jawab dalam kegiatan pengadaan barang/jasa adalah Pejabat Pembuat Komitmen (PPK), sedangkan pelaksanaannya dilakukan oleh Unit Layanan Pengadaan / Pejabat Pengadaan.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dari beberapa informan tentang perencanaan dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang didapatkan informasi sebagai berikut :

“..Program Patient Safety sudah ada didalam Renstra Rumah Sakit , target saat ini lebih diprioritaskan adalah sasaran keselamatan pasien (SKP). Segala pengadaan yang terkait dengan program pasien safety, Rumah sakit merencanakan dan menyiapkan. Dari pengadaan sarana-sarana penunjang masih ada terkendala. barangkali koordinasi yang belum optimal..(if.1)

“..Dari Komite KPRS juga akan merencanakan kegiatan Round Day Keselamatan Pasien disamping itu sudah termasuk kegiatan workshop, inhouse training dan kegiatan lainnya yang targetnya lebih memfokuskan kepada indikator SKP. Sasarannya dalam program ini mulai dari manajemen puncak, kemudian asesor internal, pimpinan unit kerja, Ka.Instalasi, PP sampai ke tingkat Ka.Ru. Hambatan selama ini memang kepada pengadaan fasilitas, permasalahannya mungkin diperencanaannya yang tidak konsisten..”(if.2)

“..Dalam penyusunan perencanaan khususnya terkait dengan program keselamatan pasien RS, perlu pemahaman bagi unit kerja, terutama para pimpinan unitnya, harus tahu bagaimana mengelola dengan baik mulai dari perencanaan, pengorganisasian, serta mengelola stafnya, sampai memonev semua kegiatan-kegiatan pasien safety, selama ini belum maksimal..”(if.3)

“..Perencanaan Instalasi terkait dengan SDM dan sarana biasanya dibuat pertahun dan dihitung semuanya berdasarkan analisa kebutuhan. Sasarannya, targetnya, jumlah pemakaian sehari berapa, sebulan berapa, setahun berapa, itu kita hitung semua dan masuk ke perencanaan rumah sakit. Hambatannya, kadang ada yang tidak terealisasi oleh RS..”(if.4)

“..Perencanaan yang di susun instalasi rasanya belum seluruhnya yang sesuai target karena masih ada beberapa yang belum tercapai, contohnya seperti pengadaan sarana dan SDM..”(if.5)

“..Kalau untuk perencanaan program mutu keselamatan pasien diinstalasi dibuat oleh Ka.SPF sebagai perpanjangan dari Ka. Instalasi. Setiap minggunya mereka memantau pelaksanaan pengumpulan data terkait pasien safety, kemudian memvalidasi data dan membuatkan grafiknya, outputnya setelah diketahui oleh Ka.Instalasi lalu dikirim ke KMMR dalam bentuk laporan tertulis. Jika ada target diperencanaan yang belum tercapai maka solusinya kita lakukan PDCA..”(if.6)

“..Kami sudah ada punya program perencanaan kerja. Salah satu program untuk di ruangan misalnya pencegahan infeksi luka operasi, tidak adanya pasien jatuh.

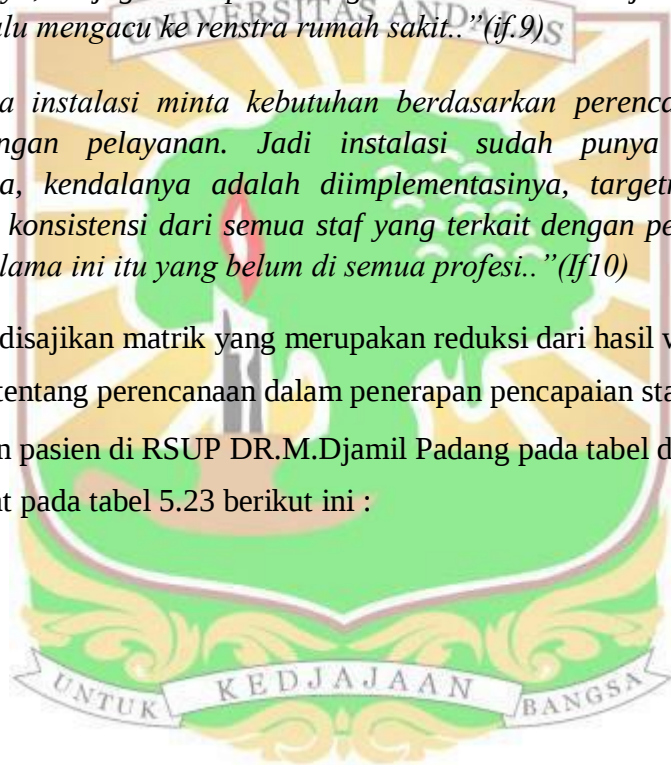
Misalnya target persentase pasien jatuh adalah 0%, kalau ada kejadian/ insiden instalasi harus mengevaluasi dan menyikapinya. Dalam perencanaan hambatannya di fasilitas..”(if.7).

“..Perencanaan di Instalasi biasanya dibuat pertahun, terkait sarana untuk pasien safety semuanya itu dihitung berdasarkan analisa kebutuhan ruangan, misalnya untuk kebutuhan gelang identitas pasien dan resiko jatuh sehari berapa, sebulan berapa, setahun berapa, target dan sasarannya. Semua itu sudah dimasukkan ke perencanaan fasilitas tahunan rumah sakit..”(if.8)

“..Untuk perencanaan program Patient Safety itu biasanya sudah include dengan perencanaan ruangan, mulai dari targetnya, sasarannya siapa, jumlah kebutuhannya, ini juga merupakan bagian dari rencana kerja dari kepala ruangan dan ini selalu mengacu ke renstra rumah sakit..”(if.9)

“...Biasanya instalasi minta kebutuhan berdasarkan perencanaan ruangan dan terkait dengan pelayanan. Jadi instalasi sudah punya rencana kegiatan pertahunnya, kendalanya adalah diimplementasinya, targetnya tidak tercapai, dibutuhkan konsistensi dari semua staf yang terkait dengan pelaksanaan program tersebut, selama ini itu yang belum di semua profesi..”(If10)

Berikut ini disajikan matrik yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam tentang perencanaan dalam penerapan pencapaian standar sasaran keselamatan pasien di RSUP DR.M.Djamil Padang pada tabel dibawah ini, dapat dilihat pada tabel 5.23 berikut ini :



Tabel 5.23 Matrik Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Tentang Perencanaan dalam Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Di RSUP DR.M.Djamil Padang Tahun 2017

Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Informan 8	Informan 9	Informan 10	Kesimpulan
Program keselamatan pasien sudah terdapat dalam Renstra RS tahun 2014-2019. Program K.P menjadi target prioritas dalam perencanaan RS. Kontinuitas pengadaan sarana penunjang masih terkendala, monev dan koordinasi antar satuan kerja belum optimal.	Kegiatan <i>Day KP</i> terlaksana. Target: pencapaian indikator Sasaran program: manajemen puncak, pimpinan internal, kerja	<i>Round</i> sudah menyusun perencanaan program kerja ahunan termasuk rencana kegiatan <i>patien safety</i> diruangan. asesor unit	Perencanaan Instalasi sudah dibuat pertahun, dihitung berdasarkan analisa kebutuhan, sasaran dan target. Kendala: perencanaan Instalasi, belum semua terealisasi oleh RS.	Perencanaan Instalasi belum mencapai target: pengadaan sarana,SD M. Hambatan: perencanaan antidak terealisasi.	Perencanaan program KP sudah dikolaborasi dengan KMMR. Perencanaan program mutu KP dibuat oleh Ka.SPF.	Instalasi sudah membuat program: pencegahan infeksi luka operasi, pencegahan risiko cedera pasien jatuh (target, sasaran, <i>output</i>). Kendala: fasilitas ruangan kurang.	Perencanaan Instalasi sudah dibuat pertahun: (jumlah kebutuhan sarana untuk penerapan SKP diruangan)	Perencanaan program KP sudah <i>include</i> dengan perencanaan ruangan, mengacu ke rumah sakit (perencanaan logistik, SDM) bagian rencana kerja Karu	Kebutuhan Instalasi sudah berdasarkan perencanaan ruangan rencana kegiatan pertahun.	Secara keseluruhan perencanaan program keselamatan pasien untuk seluruh instalasi sudah ada pertahun, mengacu kepada renstra Rumah Sakit tahun 2014-2019. Target prioritas program kerja RSUP. DR.M.Djamil berfokus kepada indikator SKP. Sasaran program: manajemen puncak, asesor internal, pimpinan unit kerja. Belum seluruh perencanaan Instalasi tercapai sesuai target:

(pengadaan
sapas,
ketersediaan
SDM)

Keterangan Informan :

- | | |
|---|---|
| 1. Informan 1 = Direktur Medik dan Keperawatan | 6. Informan 6 = pengawas Perawatan Bedah |
| 2. Informan 2 = Sub Komite KPRS | 7. Informan 7 = Kepala Ruangan Kebidanan |
| 3. Informan 3 = Pengawas Perawatan Kebidanan | 8. Informan 8 = Kepala Ruangan Anak |
| 4. Informan 4 = Pengawas Perawatan Anak | 9. Informan 9 = Kepala Ruangan Penyakit Dalam |
| 5. Informan 5 = Pengawas Perawatan Penyakit Dalam | 10. Informan 10 = Kepala Ruangan Bedah |



Matrik triangulasi mengenai Perencanaan dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang berdasarkan telaah dokumen, observasi, dan wawancara mendalam dapat dilihat pada tabel 5.24 berikut ini :

Tabel 5.24 Matrik Triangulasi Perencanaan dalam Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang

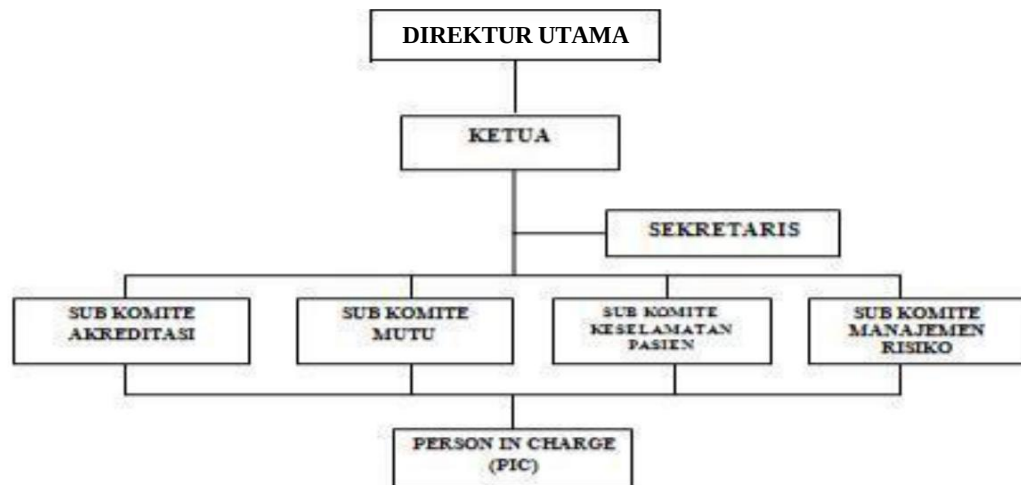
Topik	Dokumen	Observasi	Wawancara	Analisis Triangulasi
Perencanaan	Adanya dokumen program kerja tahunan terkait kegiatan <i>patien safety</i> tahun 2016-2017 di komite RSUP DR.M.Djamil Padang. Dokumen Renstra tahun 2014-2019. RBA tahun 2017. Usulan rencana kerja Instalasi tahun 2017	- RSUP DR. M.Djamil Padang sudah membuat perencanaan kegiatan untuk program keselamatan pasien berdasarkan Renstra RS Instalasi rawat inap sudah membuat program perencanaan tahunan	Perencanaan program <i>Patient Safety</i> ada didalam Rumah Sakit diprioritaskan sasaran keselamatan pasien (SKP). kegiatan direncanakan <i>Day</i> Pasien dengan target fokus kepada indikator SKP. manajemen puncak asesor internal pimpinan unit Target belum tercapai, pengadaan ketersediaan Tindakanjutnya lakukan PDCA	Perencanaan program keselamatan pasien renstra di RSUP Dr. M.Djamil Padang sudah ada, sudah ke termasuk dalam renstra Rumah Sakit tahun 2014-Bentuk 2019, RBA tahun 2017 dan yang usulan rencana kerja <i>Round</i> Instalasi tahun 2017. Target Keselamatan perencanaan RS belum tercapai seluruhnya, seperti kelengkapan sarpras dan kebutuhan SDM. Rencana kegiatan RS: <i>Round Day</i> Keselamatan Pasien berfokus kepada indikator SKP. Sasaran: pimpinan seluruhnya RS/ Direksi, semua kepala seperti satuan kerja, Ka.Instalasi, sapras dan menejer ruangan dan asesor SDM. internal. di

Dari informasi yang didapatkan melalui telaah dokumen, observasi dan wawancara mendalam dapat diketahui bahwa secara keseluruhan instalasi rawat inap RSUP DR.M.Djamil Padang sudah membuat perencanaan tahunan dan diteruskan ke bagian perencanaan RS. Untuk setiap kegiatan sudah ada sasaran, target dan pencapaian, tetapi tidak semua perencanaan tersebut bisa terlaksana sebagaimana mestinya.

5.4.2 Pengorganisasian

Pengorganisasian dalam gerakan program keselamatan pasien di rumah sakit RSUP DR. M. Djamil Padang sudah terbentuk mulai tahun 2011. Pada tahun pada tahun 2013 terjadi revisi struktur, dapat dilihat pada gambar 5.2 tentang bagan

struktur organisasi KMMR/KPRS yang telah di SK kan oeh Dirut RSUP DR.M.Djamil Padang seperti dibawah ini:



Gambar 5.2: Bagan struktur organisasi keselamatan pasien RSUP DR.M.Djamil Padang tahun 2013. (sumber: KMMR-KPRS 2013)

Pada gambar struktur pengorganisasian KMMR diatas menjelaskan bahwa RSUP DR.M.Djamil Padang sudah membentuk ketua KMMR yang dipegang oleh direktur medik dan keperawatan. Dibawah ketua ada ketua komite dan ada sub-sub komite yang terdiri dari sub komite akreditasi, sub komite mutu, sub komite keselamatan pasien dan sub komite manajemen risiko yang masing-masing bertanggung jawab dalam pengelolaan program komite. Dibawah sub-sub komite ditunjuk oleh Dirut beberapa PIC yang berasal dari masing-masing Instalasi yaitu Kepala Instalasi, yang bekerja sama dengan komite sebagai penanggung jawab dalam pengendalian, pengawasan, monitoring dan evaluasi serta bertanggung jawab dalam pengambilan data pencapaian indikator mutu dan pencapaian indikator penerapan SKP di unit kerjanya.

Berikut adalah hasil wawancara mendalam terkait dengan pengorganisasian dalam penerapan sasaran keselamatan pasien yang didapatkan sebagai berikut:

“..Pengorganisasian dalam program keselamatan pasien di rumah sakit ini sudah dibentuk waktu kita sebelum akreditasi, diketuai oleh Direktur Pelayanan Medik. Program pasien safety RS di diorganisir oleh sub komite keselamatan pasien rumah sakit (KKPRS) yang berada di komite mutu (KMMR). Untuk di unit kerja sudah ditunjuk sebagai perwakilan tim, sebagai perpanjangan tangan di lapangan seperti

Ka. Instalasi, pengelola perawatan (PP) dan kepala ruangan (KaRu). Mereka bertanggungjawab terhadap evaluasi pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien diunitnya masing-masing, itu melekat pada jabatan yang dipegangnya di unit tersebut..”(if.1)

“.. Sub Patient Safety di RS ini merupakan bagian dari Manajemen Risiko.Komite ini di dukung oleh masing-masing bindal dari strukturalnyua. SK tim sudah ada, untuk diunit-unit kerja pun sudah di SK kan sebagai penanggungjawab mutu di ruangan. Pelaksanaan program dari tim tersebut secara umum sudah jalan. Seluruh layanan yang diberikan kepada pasien sudah mulai terintegasi dari seluruh profesi (PPA). Hambatan dalam kemitraan antar profesi hanya koordinasi. Sekarang sudah ada Case Manager yang bertugas mengkoordinasikan pelayanan pasien ke seluruh PPA..”(if.2)

“..Tempat kami sudah dibentuk tim pokja SKP, fungsi dari masing-masing tim tersebut sudah berjalan. Untuk hubungan kemitraan cukup baik, kami saling mengingatkan antar empat profesi tersebut terutama dalam penerapan SKP, dan selama ini rasanya tidak ada hambatan.”(if.3)

“..Sudah ada timnya yang ditunjuk oleh RS disebut sebagai champion akreditasi. Kita sudah punya tim-tim kecil untuk semua pokja, kalau sekarang ditunjuk Ka SPF diruangan untuk lebih menggerakkan, SK tim sudah ada. Kemitraan antar profesi selama ini mungkin kolaborasinya sudah mulai jalan tapi belum begitu optimal..”(if.4)

“..Di Penyakit Dalam sudah ada Tim Gerakan Keselamatan Pasien dan sudah dibentuk ketika RS mau menghadapi akreditasi.Ketuanya itu Ka. Instalasi, diambil champion dari masing-masing ruangan yang mampu menggerakkan. Champion terdiri dari medis dan perawat. Hubungan kemitraan antar profesi sudah sejalan, sama-sama punya komitmen untuk selalu menerapkan keselamatan pasien, saling berkoordinasi melalui supervisi dan rapat-rapat. Biasanya ke 4 PPA hadir..”(if.5)

“..Kalau untuk tim khusus keselamatan pasein di Bedah belum ada. Sekarang sedang menunggu persetujuan dari Ka.Instalasi untuk mengesahkan SK tim tersebut. Upaya yang dilakukan dalam menjalin hubungan kerjasama antar profesi yaitu dengan melibatkan 4 PPA dalam visite bersama dan kegiatan round day buk..”(if.6)

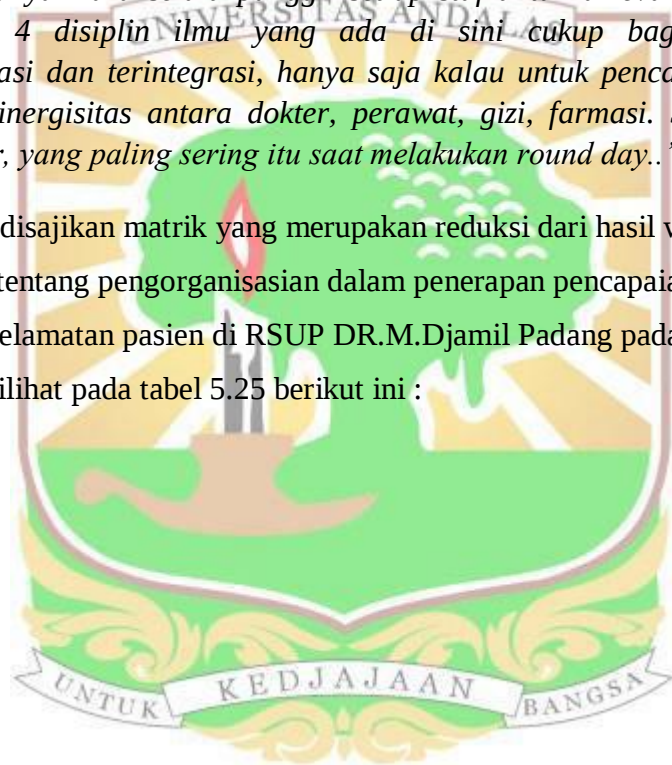
“..Kalau di tempat kami tim pasien safety sudah ada, contoh timnya yaitu IPCLN, bergerak dalam penanganan infeksi di Rumah Sakit terutama di ruangan ini. setiap lantai kita punya 1 IPCLN. Itu SK timnya dari Komite PPIRS. Ada tim kendali mutu bu, fungsinya monev mutu lalu mendata dan mengirmkan data dari ruangan ke mutu, namanya, PIC Mutu. Ada tim Champion, i ditunjuk personilnya dari bidan/perawat yang ada di ruangan, juga ada dari dokter residen..”(if.7)

“..Disini sudah ada timnya yang ditunjuk oleh RS sebagai champion akreditasi. Sebagai penggeraknya dari keperawatan ditunjuk Ka SPF, SK timnya sudah ada. Hubungan kemitraan kami antar profesi sudah berjalan, hanya kolaborasinya saja yang belum begitu optimal.”(if.8)

“..Timnya sudah ada dan SK nya dibuat dari Instalasi saja bu. Strukturnya ada ketua, ketua sampai anggota, ketuanya ditunjuk dari dokter dan fungsi tim ini sudah jalan dan bergerak diruangan terutama dalam penerapan SKP. Hubungan kemitraan antar 4 profesi di sini terutama dalam penerapan 6 SKP cukup baik seperti rapat koordinasi..”(if.9)

“..Belum ada kami bentuk timnya, tapi kalau Championnya sudah ada. Setiap bulan biasanya Karu selalu panggil setiap staf untuk di evaluasi terkait 6 SKP. Kemitraan 4 disiplin ilmu yang ada di sini cukup bagus bu, semuanya berkolaborasi dan terintegrasi, hanya saja kalau untuk pencatatan kita bertahap terutama sinergisitas antara dokter, perawat, gizi, farmasi. Semuanya bergerak dan belajar, yang paling sering itu saat melakukan round day..”(if.10)

Berikut ini disajikan matrik yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam tentang pengorganisasian dalam penerapan pencapaian standar sasaran keselamatan pasien di RSUP DR.M.Djamil Padang pada tabel dibawah ini, dapat dilihat pada tabel 5.25 berikut ini :



Tabel 5.25 Matrik Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Tentang Pengorganisasian dalam Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Di RSUP DR.M.Djamil Padang Tahun 2017

Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Informan 8	Informan 9	Informan 10	Kesimpulan
engorganisasian keselamatan pasien sudah dibentuk. Ketua: Direktur elayanan Medik. organisasi: Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). elaksana program di lapangan ditunjuk : Pengelola rawatan (PP) dan aRu. Hubungan mitraan antar tim ofesi cukup aktif alam pelaksanaan gerakan KP.	Pengorganisasian komite KPRS SKP di ruang sudah menjadi bagian dari sudah dibentuk. (KMMR). Penggerak pejabat struktural (bindal). SK penanggung jawab ruangan ada.	Tim pokja Tim ruang sudah ditunjuk beberapa orang sebagai champion akreditasi. Tim cukup baik, tupoksi. SPK(keperawatan) sebagai penggerak PS. SK tim sudah ada.	KP di Sudah Anak dibentuk Tim Gerakan Keselamatan Pasien. Tim bekerja sesuai tupoksi. Hubungan kemitraan antar PPA sudah sejalan melalui supervisi dan rapat/pertemuan.	Tim khusus KP Bedah belum dibentuk. Hubungan kemitraan dalam penerapan Patient Safety sudah berjalan: melibatkan 4 PPA dan kegiatan ronde bersama	Tim di safety sudah dibentuk: IPCLN, Champion, tim kendali mutu. SK Ka sudah ada. Masing-masing sudah bekerja sesuai tupoksi. dan Ketua tim: tim	Tim pasien sudah tim sebagai champion tim akreditasi. Penggerak diruangan: SK Ka sudah Kolaborasi antar profesi sudah tim berjalan, tapi belum optimal.	ada Tim sudah dibentuk. Struktural: ketua, sekretaris anggota. Ketua: medis. Fungsi tim sudah cukup bergerak dalam penerapan SKP.	Belum tim KP. Karu seluruh Kemitraan disiplin cukup dan berkolaborasi dalam terintegrasi (round bersama)	dibentuk Pengorganisasian Tugas program evaluasi keselamatan staf. pasien di 4 RSUP.DR.M.dja ilmu mil Padang bagus, sudah dibentuk, dan berada di bawah unit Komite Mutu. Ketua: Direktur Pelayanan Medik. SK tim keselamatan pasien secara keseluruhan sudah ada termasuk diunit kerja sebagai penanggung jawab mutu. Ketua tim adalah medis (Ka.Inst). Fungsi tim: mengkoordinir dan evaluasi penerapan SKP di pelayanan.	

Hubungan kemitraan tim sudah sejalan melalui kegiatan supervisi, rapat, *round day* bersama.

Keterangan Informan :

- | | |
|---|---|
| 1. Informan 2 = Sub Komite KPRS | 5. Informan 6 = pengawas Perawatan Bedah |
| 2. Informan 3 = Pengawas Perawatan Kebidanan | 6. Informan 7 = Kepala Ruangan Kebidanan |
| 3. Informan 4 = Pengawas Perawatan Anak | 7. Informan 8 = Kepala Ruangan Anak |
| 4. Informan 5 = Pengawas Perawatan Penyakit Dalam | 8. Informan 9 = Kepala Ruangan Penyakit Dalam |
| | 9. Informan 10 = Kepala Ruangan Bedah |



Matrik triangulasi mengenai pengorganisasian dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang berdasarkan telaah dokumen, observasi, dan wawancara mendalam dapat dilihat pada tabel 5.26 berikut ini :

**Tabel 5.26: Matrik Triangulasi Pengorganisasian dalam Penerapan
Sasaran Keselamatan Pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang
Dokumen Observasi Wawancara Analisis Triangulasi**

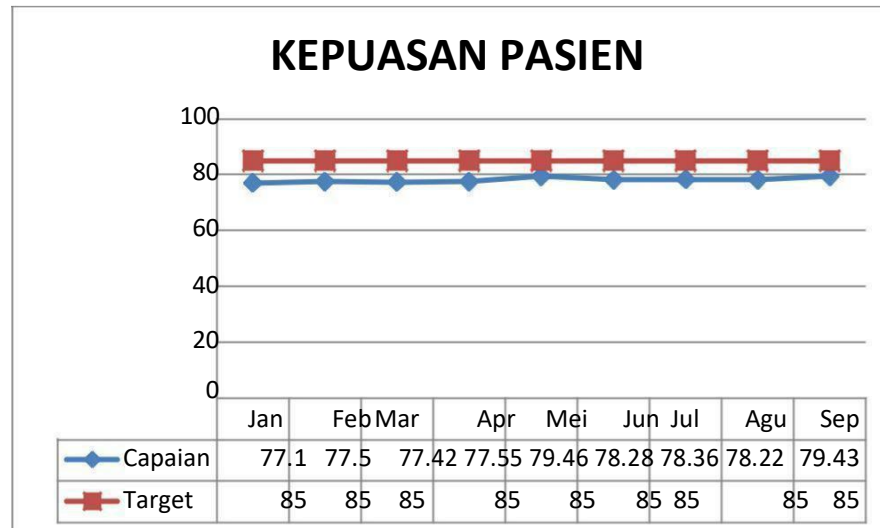
Pengorganisasian	Sudah ada SK program keselamatan pasien RSUP.DR.M. Djamil dan SK tim pelaksana il program Nomor: 06.02/II/177/2013. Ada rapat koordinasi dengan KMMR, internal unit kerja, undangan rapat, hasil <i>round day</i> bersama, catatan pasien terintegrasi (CPPT) dari 4 PPA dalam rekam medis pasien.	Pergerakan dari masing-masing tim Gerakan Keselamatan Pasien di RSUP.Dr.M.Djamil Padang sudah bekerja sesuai tupoksi. Kemitraan antar profesi dalam penerapan <i>Patient Safety</i> untuk 4 PPA diruangan umumnya sudah mulai sejalan, Adanya champion PS ditunjuk dari dokter residen dan dari keperawatan ruangan.	Pengorganisasian program keselamatan pasien rumah sakit (KPRS) sudah dibentuk. Berada di bawah unit Komite Mutu. Diketuai oleh Direktur Pelayanan Medik. SK tim sudah ada. Sebagai penanggung jawab mutu di ruangan adalah medis (Ka.Inst). Fungsi tim dalam mengkoordinir penerapan SKP sudah jalan di pelayanan. Hubungan kemitraan antar profesi dalam penerapan <i>Patient Safety</i> dari 4 PPA sudah sejalan melalui supervisi, rapat-rapat, <i>round day</i> .	Pengorganisasian Gerakan Keselamatan Pasien di RSUP DR. M. Djamil Padang sudah terbentuk dengan SK tim pelaksana program Nomor: 06.02/II/177/2013. Pergerakan dari masing-masing tim sudah bekerja sesuai tupoksi, dibuktikan adanya kegiatan rapat koordinasi, undangan rapat. Hubungan kerjasama antar empat PPA dalam pergerakan program sudah mulai sejalan melalui rapat koordinasi, supervisi, <i>round day</i> bersama, dan catatan terintegrasi (CPPT).
------------------	--	--	--	---

Dari informasi yang didapatkan melalui telaah dokumen, observasi dan wawancara mendalam dapat diketahui bahwa pengorganisasian dalam pelaksanaan program keselamatan pasien di rumah sakit RSUP DR. M. Djamil Padang sudah terbentuk sebagaimana mestinya sesuai dengan standar akreditasi. Informasi ini didukung dengan adanya SK tim keselamatan pasien dari pimpinan RS. Semua pergerakan tim organisasi terkait program *patient safety* ini terlihat adanya hubungan kemitraan dari antar empat PPA dalam menggerakkan program keselamatan pasien yang mulai sejalan melalui adanya rapat-rapat koordinasi, supervisi, *round day* bersama, dan catatan terintegrasi (CPPT)

5.4.3 Pelaksanaan

5.4.3.1 Membudayakan keselamatan pasien

Berikut dapat dilihat angka kepuasan pasien di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang tahun 2017 pada gambar 5.3 di bawah ini:

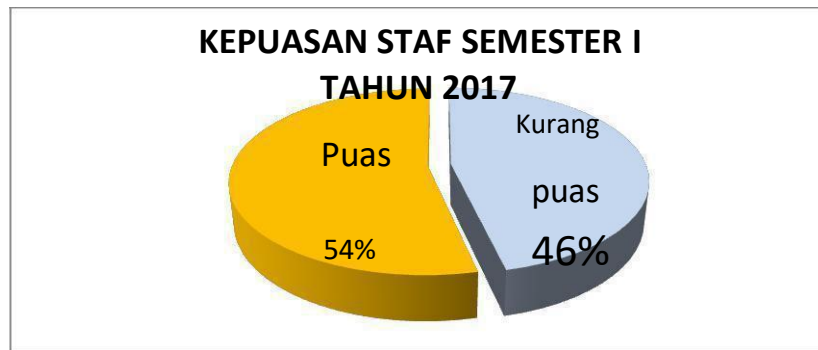


Gambar: 5.3: Persentase Capaian Indikator Mutu Kepuasan Pasien Tahun 2017

Terlihat pada gambar 5.3 angka persentase capaian indikator mutu kepuasan pasien dari bulan Januari-September 2017 bervariasi. Pencapaian indikator mutu kepuasan pasien yang hampir mendekati standar adalah pada bulan Mei (79,46%) dan pencapaian yang masih jauh dari standar yaitu di bulan Januari (77,1%). Dari target yang telah ditentukan 85%, terlihat belum ada yang mencapai target.

Dari semua penyebab insiden yang terjadi di RSUP DR.M.Djamil Padang menandakan bahwa masih rendahnya budaya keselamatan pasien dari petugas sehingga berdampak kepada kepuasan pasien. Hasil laporan tersebut dikaitkan dengan hasil **survey budaya keselamatan pasien** di tahun 2016 yaitu **63,6%**, artinya angka ini masih rendah belum sesuai standar KARS $\geq 80\%$ (sumber: Sub Komite KPRS RSUP.DR.M.Djamil Padang, 2016)

Menilai kepuasan staf juga termasuk salah satu faktor yang berkaitan dengan budaya keselamatan pasien. Berikut dapat dilihat gambaran angka kepuasan staf di RSUP DR. M.Djamil Padang pada semester 1 tahun 2017 seperti gambar 5.3 dibawah ini:



Gambar .5.4: Persentase Capaian Indikator Mutu Kepuasan Staf Semester 1 tahun 2017

Terlihat pada gambar 5.4 capaian indikator mutu persentase pencapaian kepuasan staf pada semester 1 tahun 2017. Dapat dilihat 54% staf menyatakan puas. Namun capaian indikator mutu kepuasan staf belum mencapai target yang ditetapkan ($\geq 78\%$). Dibandingkan hasil survey kepuasan staf pada semester 1 2016 (52,7%) dan semester II (51,7%) didapatkan hasil yang tidak jauh berbeda dan masih jauh dari target. Rendahnya tingkat kepuasan staf dibandingkan standar disebabkan antara lain karena keterkaitan antara *reward* dan konsekuensi (44,3%), ketidakpuasan staf disebabkan karena faktor ruang/tempat kerja (49,4%) termasuk ketersediaan fasilitas dan peralatan baik secara kualitas dan kuantitas, ketidakpuasan staf terkait kenyamanan tempat kerja serta harapan staf tentang kondisi tempat kerja yang kondusif dengan kenyataan yang ada (35,3%). Berdasarkan hasil wawancara mendalam dari beberapa informan tentang membudayakan keselamatan pasien dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang didapatkan informasi sebagai berikut :

“..Upaya kita mengarahkan petugas untuk menerapkan SKP di RS ini dengan budaya rutin, lebih menyadarkan para keempat PPA itu, bahwa ini adalah wajib untuk dilakukan. Dilakukan pendekatan dan sosialisasi, memantau pengendalian pelaksanaan SPO enam sasaran keselamatan pasien kemudian dimonev oleh tim internal yang sudah ditunjuk RS seperti tim asesor..”(if.1)

“..Untuk keempat PPA dalam implementasi SKP memang belum optimal, masih banyak yang belum menjadikan budaya bagi pribadinya. Dikaitkan dengan adanya Indisen Keselamatan Pasien (IKP) di SKP 1 sampai SKP 6. Tim asesor internal sudah ditunjuk oleh Rumah Sakit dan keberadaannya dari beberapa unit lain untuk memonev diunit lainnya. Terkait dengan promosi SKP, sudah disampaikan kepada pasien dan keluarganya, implementasinya sudah cukup baik. Sarannya harus ada komitmen mulai dari pimpinan puncak sampai ke pelakasa yang paling bawah .’(if.2)

“..Mengarahkan petugas dalam membudayakan keselamatan pasien yaitu dengan resosilaisasi protap dari enam SKP, disampaikan pada saat pre komfrens secara bergantian, dan dievaluasi oleh tim internal. Promosi enam SKP ini disampaikan kepada pasien maupun keluarga pasien seperti praktek hand hygiene..”(if3)

“..Saat ini implementasinya belum tercapai 100%. Dari keperawatan kami selalu lakukan rapat koordinasi, monev dan supervisi enam SKP setiap harinya, misalnya saat pre confrence selalu kita ingatkan pada staf berupa sosialisasi tentang Patient Safety, kami juga selalu melibatkan dokter residen..”(if.4)

“.. Upaya kita selama ini untuk membudayakan keselamatan pasien yaitu sosialisasi 6 SKP kepada seluruh petugas di ruangan termasuk juga pasien, keluarga, pengunjung dan mahasiswa. Kami sudah bentuk tim internal sebagai penggerak Patient Safety, ditunjuk dari medis dan keperawatan. Sasaran promosi adalah pasien, keluarga pasien dan juga ke pengunjung RS..”(if.5)

“..Upaya kami untuk mengarahkan seluruh petugas agar Patient Safety menjadi budaya, salah satunya mengevaluasi staf tentang apa yang mereka dapatkan saat pelatihan, mereka diminta untuk memperagakan ulang atau semacam uji petik, ini dilakukan saat pre comprens. Kemudian monev yang dilakukan oleh bidang keperawatan. Untuk promosi kami lakukan sosialisasi, edukasi kepada pasien, keluarga pasien, pengunjung RS dan mahasiswa praktek..”(if.6)

“..Kita sekali sebulan melakukan uji petik pada staf karena penerapan pasien safety ini termasuk salah satu dalam penilaian indikator kinerja individu (IKI). Sudah ada champion khusus untuk menggerakkan SKP, harus mampu laksana..”(if.7)

“..Peran aktif kami dari keperawatan salah satunya rapat koordinasi, monev dan supervisi enam SKP setiap harinya disaat pre confrence, dimana kita juga sosialisasi tentang Patient Safety kepada staf, dokter residen, SDM farmasi, dan gizi. Untuk promosi selama ini belum ada hambatan..”(if.8)

“..KaRu mengarahkan petugas saat supervisi, kalau ada yang belum tepat langsung dilakukan bimtek kemudian kita evaluasi lagi. Saat pre conference langsung disosialisasikan jika ada kendala yang kita temui sebelumnya. Konsekuensi yang diberikan terhadap staf yang kepatuhan penerapan Patient Safety nya belum sesuai standar dikaitkan dengan penurunan IKI..”(if.9)

“..Biasanya kita lakukan diskusi bersama kemudian supervisi ke seluruh staf, pelaksanaanya harus continue. Namun masih ada juga yang belum menjadi budaya bagi personilnya. Kalau untuk saat sekarang mungkin punishmentnya

belum ada. Kalau peran aktifnya dalam pergerakan pasien safety selama ini ada seperti dari medis dan keperawatan..”(if10)

Berikut ini disajikan matrik yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam tentang membudayakan keselamatan pasien dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang, dapat dilihat pada tabel 5.27 berikut ini :



Tabel 5.27 Matrik Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Tentang Membudayakan Keselamatan Pasien dalam Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Di RSUP DR.M.Djamil Padang Tahun 2017

Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Informan 8	Informan 9	Informan 10	Kesimpulan
paya manajemen membudayakan keselamatan pasien: pendekatan pada PPA, dan sosialisasi. laksanakan monev ri para tim asesori internal sudah erjalan. Promosi SKP sudah dilakukan dalam bentuk edukasi kepada para pengunjung RS.	Implementasi SKP belum kan menjadikan budaya personil Angka indisen (IKP) di SKP sampai SKP 6 asesor internal sudah RS sudah dilakukan ditunjuk dibeberapa unit. Saran: komitmen dari semua pihak RS.	Membudaya keselamatan pasien RS. melalui resosilaisasi 1 SPO 6 SKP. Promosi Tim enam SKP sudah dilakukan kepada pasien/ keluarga, dari pengunjung: (praktek <i>hand hygiene</i>).	Budaya KP belum tercapai 100%. Upaya dari keperawata n: rapat KP koordinasi antar tim, profesi monev, supervisi, sosialisasi. Promosi KP sudah dijalankan ke pasien keluarga	Resosialisasi SKP ke seluruh petugas, mahasiswa. Penggerak KP diruangan tim, profesi medis dan keperawata n. Sasaran promosi: sudah dalam bentuk kelompok edukasi	Mengevaluasi staf pascaplatihan. Monev dari bidang Keperawat an. Promosi melalui sosialisasi, edukasi kepada pasien, keluarga pasien, pengunjung RS dan mahasiswa praktek.	Melakukan uji petik tentang penerapan <i>patient safety</i> pada staf. Sudah ditunjuk tim <i>Champion</i> sebagai penggerak SKP diruangan.	Upaya dari keperawata n: monev, supervisi, sosialisasi <i>Patient Safety</i> kepada staf, dokter residen, tenaga farmasi, dan gizi. Promosi KP sudah berjaan cukup baik	Tugas melakukan supervisi, bimtek, sosialisasi pada staf. Penerapan <i>phunishment</i> terhadap staf yang patuh dalam penerapan SKP dengan penurunan IKI.	KaRu Membudayakan SKP melalui diskusibersama, supervisi manejer ke seluruh staf. Hambatan: SKP belum menjadikan budaya bagi semua staf	Budaya keselap pasien di DR.M.Djamil belum optimal semua staf/ Dibuktikan laporan Keselamatan (IKP) di SKP 6. Upaya dilakukan: pend pada PPA, sosia rapat koor bimtek sup monev, pengen pelaksanaan Promosi SKP dilakukan kel pasien/ kel pengunjung RS.

Keterangan Informan :

1. Informan 2 = Sub Komite KPRS
2. Informan 3= Pengawas Perawatan Kebidanan
3. Informan4= Pengawas Perawatan Anak
4. Informan5= Pengawas Perawatan Penyakit Dalam
5. Informan 6 = pengawas Perawatan Bedah
6. Informan 7= Kepala Ruangan Kebidanan
7. Informan8 = Kepala Ruangan Anak
8. Informan 9= Kepala Ruangan Penyakit Dalam
9. Informan 10= Kepala Ruangan Bedah

Hasil FGD tentang membudayakan keselamatan pasien dalam penerapan sasaran keselamatan pasien didapatkan informasi sebagai berikut :

“..Cara menggerakkan sejawat dalam pelaksanaan Program Keselamatan Pasien dengan menumbuhkan kembali bahwa ini adalah suatu kewajiban, baik kebutuhan untuk pasien atau kepada diri sendiri dan harus menjadi budaya sehari-hari. Saya selalu ingatkan apakah disaat rapat atau di lapangan. Kita konferensikan seminggu sekali dan yang memonevnya menejer Instalasi. Pengendalian SPO dalam penerapan SKP belum ada, tapi mungkin ke depannya harus kayaknya.”(ifg.1)

“..Kami farmasi biasanya manajer yang turun monev ke lapangan yaitu Ka Instalasi atau jajarannya. Kalau ada staf yang masih kurang paham langsung diberi masukan. Sosialisasi SKP melalui rapat juga ada sekali sebulan. Yang dilakukan hanya evaluasi buk, kalau sanksi belum ada..”(ifg.2)

“..Dari gizi ada pramusaji dan SDM pengolahan. Jadi kita mengadakan rapat rutin buat semua staf dan biasanya sekali sebulan. Di sana diingatkan lagi cara cuci tangan yang sesuai standar akreditasi. Terus kalau untuk pramusajinya cara identifikasi pasien di ruangan. Jadi nanti di ruangan yang memonevnya dan akan mengingatkan adalah ahli gizi yang ada di ruangan..”(ifg.3)

“..Keperawatan mungkin SDM nya kurang, otomatis SDM yang melakukan implmentasinya juga kurang, contohnya mau melakukan tindakan identifikasi pasien, selalu kita main cepat aja, kesannya agak kurang komunikasi begitu. Kami selalu diingatkan oleh menejer, disosialisasikan lagi..”(ifg.4)

“..Promosinya kalau untuk pengunjung dan keluarga pasien selama ini kan biasanya cuma petugas ruangan yang melakukan. Mungkin kedepannya kita bisa melibatkan promkes, karena mereka bisa pergi ke instalasi-instalasi..”(ifg.5)

“..Kalau dari kebidanan paling mengingatkan saja buk, setiap pagi oleh Karu atau PP, mengingatkan selalu tentang 6 SKP. Promosinya ke pasien ada setiap hari Selasa atau hari Jumat, kita melakukan edukasi kelompok dengan pasien tentang hand hygiene..”(ifg.6)

“..Di ruangan Bedah kami selalu diberitahu saat pre kompre semacam uji petik, tapi sekali sebulan biasanya kepala ruangan selalu mengevaluasi lagi setiap pegawai, jadi kita masing-masing dipanggil untuk ditanya tentang SPO Keselamatan Pasien..”(ifg.7)

Keterangan informan FGD:

1. Informan FGD 1 = Dokter
2. Informan FGD 2 = Apoteker
3. Informan FGD 3 = Ahli Gizi

4. Informan FGD 4 = Perawat Anak
5. Informan FGD 5 = Perawat Penyakit Dalam
6. Informan FGD 6 = Perawat Kebidanan
7. Informan FGD 7 = Perawat Bedah

Matrik triangulasi tentang membudayakan keselamatan pasien dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang berdasarkan telaah dokumen, observasi, dan wawancara mendalam dan FGD, maka dapat dilihat pada tabel 5.28 berikut ini :

Tabel 5.28 Matrik Triangulasi tentang Membudayakan Keselamatan Pasien dalam Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang

Topik	Dokumen	Observasi	Wawancara	FGD	Analisis Triangulasi
Membudayakan keselamatan pasien	- Hasil survey budaya keselamatan pasien tahun 2016: 63,6%, belum sesuai standar KARS $\geq 80\%$. Hasil survey kepatuhan petugas dalam penerapan 6 SKP=89% standar 100%,(sumber: KMMR) - Tersedianya dokumen SPO dan panduan enam SKP di tiap ruangan - Ada bukti rapat koordinasi, undangan rapat. - Ada data monev dari PIC ruangan dan tim asesor internal	Ada kegiatan <i>pre confrence</i> dan rapat Instalasi dilakukan rutin. Belum semua petugas melakukan <i>hand hygiene</i> dan identifikasi pasien sesuai standar. Sebagian keluarga pasien sudah terpapar tentang praktek <i>hand hygiene</i>	Implementasi SKP di RSUP DR.M.Djamil Padang belum menjadikan budaya bagi keempat PPA, masih belum optimal dalam penerapannya. Upaya yang dilakukan melalui pendekatan, sosialisasi, rapat koordinasi, monev, supervisi enam SKP. diskusi bersama. Pengendalian pelaksanaan SPO enam SKP dimonev oleh tim asesor internal RS. Promosi SKP dilakukan kepada pasien, keluarga pasien, pengunjung RS berupa praktek <i>hand hygiene</i>. Profesi yang selalu berperan aktif : medis dan keperawatan	Menggerakkan budaya SKP dengan cara mengingatkan kembali melalui rapat, uji petik, saat konferensi. Tim monev adalah menejer Instalasi. Pengendalian SPO dalam penerapan SKP belum ada dari profesi medis	Budaya keselamatan pasien di RSUP DR. M.Djamil Padang belum berjalan optimal. Dari hasil survey budaya keselamatan pasien tahun 2016: 63,6%. Dibuktikan dengan tingkat kepatuhan petugas dalam penerapan 6 SKP=89% standar 100% . Upaya yang sudah dilakukan RS: pendekatan pada PPA melalui sosialisasi, uji petik, rapat koordinasi, monev, diskusi bersama, supervisi enam SKP. Promosi SKP sudah dilakukan kepada pasien, keluarga pasien, pengunjung RS berupa praktek <i>hand hygiene</i>.

Informasi yang didapatkan melalui telaah dokumen, observasi, wawancara mendalam dan FGD maka dapat diketahui bahwa budaya keselamatan pasien di rumah sakit RSUP DR. M. Djamil Padang belum berjalan sebagaimana mestinya sesuai dengan standar akreditasi. Informasi ini didukung dengan adanya data laporan monev dari PIC dan tim asesor internal RS yang hasilnya masih perlu

menjadi perhatian dari semua pihak RS. Dalam menggerakkan program keselamatan pasien belum semua PPA yang berperan aktif, tapi sudah mulai sejalan dengan adanya rapat-rapat koordinasi, supervisi, dan diskusi bersama. Promosi tentang SKP terhadap pasien, keluarga pasien, pengunjung RS sudah dilakukan dengan baik seperti praktek *hand hygiene*.

5.4.3.2 Pendidikan dan pelatihan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dari beberapa informan tentang pendidikan dan pelatihan dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang didapatkan informasi sebagai berikut:

“..Upaya RS terkait pengembangan kualifikasi staf terkait program Patient Safety seperti pengayaan sasaran keselamatan pasien (SKP) itu sudah diwajibkan dan termasuk dalam standar LOI, tidak hanya medis juga non medis. Strategi kegiatan diklat untuk staf kita seperti mengadakan in-service training, kegiatan workshop keselamatan pasien..”(if.1)

“..Kualifikasi untuk SKP Isampai 6 bagi seluruh staf sudah terpapar. Kita sudah melakukan pelatihan terkait dengan SKP digabung dengan beberapa materi lainnya. Untuk pembekalan pengetahuan staf rasanya sudah cukup banyak. Strateginya diklat yaitu menyusun materi yang berkaitan dengan mutu keselamatan pasien, manajemen risiko serta standar akreditasi..”(if.2)

“..Belum semua staf yang dapat pelatihan pasien safety. Jenis pelatihan yang diberikan dari diklat seperti workshop, inhouse training, bimtek. Kegiatan pelatihan setiap bulan selalu ada tetapi tidak hanya topik tentang pasien safety. Anggarannya dari RS di kelola oleh Diklat..”(if.3)

“..Pelatihan SKP sudah pernah diikuti oleh SDM kita, sesuai dengan proporsi yang diberika. Ada juga pelatihan khusus PPI yang menunjang Patient Safety. Matreri pelatihan SKP dan MRK yang diberikan saling berkaitan..”(if.4)

“..Jenis pelatihan yang sudah di dapatkan staf PPI, BHD, APAR. Semua itu difasilitasi oleh rumah sakit khususnya bagian diklat. Diklat juga pernah mensinergikan antar materi manajemen risiko dan keselamkatan pasien (KPRS)..”(if.5)

“..SDM kita dibekali dengan pelatihan Patient Safety. Semua kegiatannya berada di bawah diklat. Saran, kalau bisa pelatihan tentang Patient Safety itu ditingkatkan lagi supaya staf kita lebih paham dan mengerti..”(if.6)

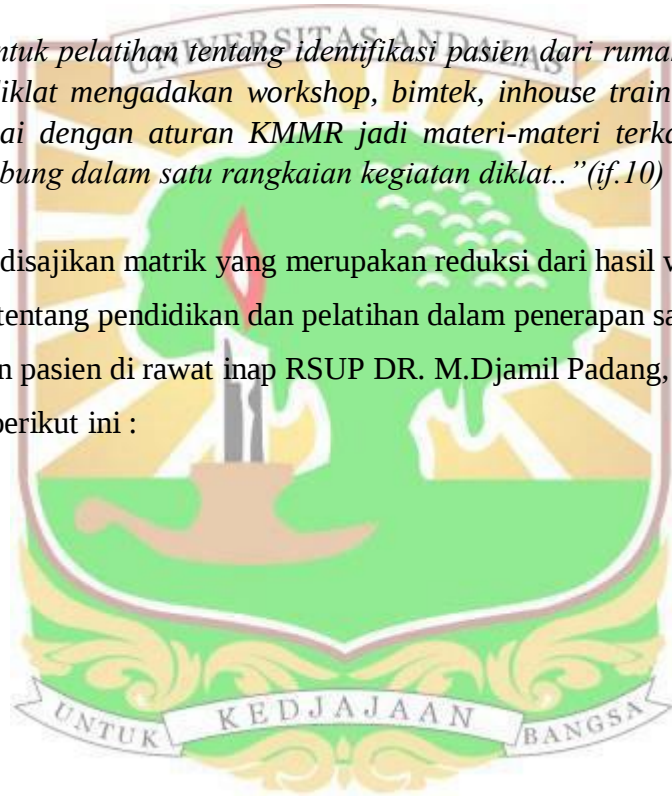
“..Diklat biasanya memberikan workshop untuk sleuruh petugas tanpa terkecuali, termasuk dokter, SDM POS, dan penunjang lainnya. Ada pelatihan SBAR, APAR, BHD, high alert, kemudian risiko jatuh juga pernah kita dapatkan..”(if.7)

“..Pelatihan pasien safety sudah ada diikuti oleh SDM, juga ada pelatihan yang sudah di dapatkan PPI, BHD, APAR. Semuanya difasilitasi oleh rumah sakit yaitu bagian diklat. Pelatihan SKP dan MRK pernah diberikan bersamaan...’(if.8)

“..Kita selalu evaluasi sejauh mana pelatihan itu terlaksana, juga ada evalausi tentang pelaksanaan code blue. Setiap bulannya selalu ada pelatihan, hanya beda-beda materi ..”(if.9)

“..Kalau untuk pelatihan tentang identifikasi pasien dari rumah sakit sudah dapat. Biasanya diklat mengadakan workshop, bimtek, inhouse training. Program diklat sudah sesuai dengan aturan KMMR jadi materi-materi terkait KPRS dan MRK sering digabung dalam satu rangkaian kegiatan diklat..”(if.10)

Berikut ini disajikan matrik yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam tentang pendidikan dan pelatihan dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang, dapat dilihat pada tabel 5.29 berikut ini :



Tabel 5.29 Matrik Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Tentang Pendidikan dan Pelatihan dalam Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Di RSUP DR.M.Djamil Padang Tahun 2017

Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Informan 8	Informan 9	Informan 10	Kesimpulan
engayaan materi sasaran keselamatan pasien (SKP) adalah ateri wajib bagi PPDS pada saat LOI. Strategi kegiatan diklat: <i>in-servce training</i> , imtek, workshop KP dan MRK.	Seluruh staf/PPA sudah mengikuti pelatihan SKP. Bagi karyawan baru wajib mendapatkan materi SKP. Semua kegiatan Diklat menggunakan anggaran Rumah Sakit.	Belum semua staf yang mendapatkan pelatihan <i>patien safety</i> . Bentuk pelatihan: workshop, <i>inhouse training</i> , bimtek. Setiap bulan ada kegiatan diklat .	Pelatihan SKP sudah diikuti oleh seluruh staf. Ada pelatihan khusus PPI yang diberikan menunjang materi <i>Patient Safety</i>	Jenis pelatihan staf: <i>patien safety</i> , PPI, BHD, APAR. Pelatihan difasilitasi oleh bagian diklat RS.	Umumnya SDM sudah dibekali dengan pelatihan <i>Patient Safety</i> . Setiap pegawai baru dibekali LOI <i>patien safety</i> , Saran, pelatihan <i>Patient Safety</i> tetap ditingkatk an.	Pelatihan yang diikuti PPA: <i>patien safety</i> , APAR, BHD, PPI. Saran: pelatihan seharusnya diaksanak a n secara kontinue.	Pelatihan lain yang sudah di dapatkan: PPI, BHD, APAR. Pelatihan SKP dan MRK diberikan bersamaan dengan materi risiko keselamatan petugas.	RS selalu kontiniu melakukan sosialisasi dan pelatihan sebelum akreditasi. Pelatihan selalu ada dengan materi yang berbeda	Semua kegiatan pelatihan di <i>handle</i> oleh diklat RS. Program diklat sudah disesuaikan dengan program dari komite KMMR.	Upaya penin dan pengemb kualifikasi terkait pr keselamatan pas RSUP Dr.M. Padang: peng materi SKP, BHD,K3RS, juga materi dalam standar bagi karyawan PPDS, mahasisw Umumnya staf sudah menda pelatihan. Pel diadakan berkala bagian Diklat Bentuk ke wor <i>inhouse tra</i> bimtek.

Keterangan Informan:

- Informan 2 = Sub Komite KPRS
- Informan 3 = Pengawas Perawatan Kebidanan
- Informan 4 = Pengawas Perawatan Anak
- Informan 5 = Pengawas Perawatan Penyakit Dalam
- Informan 6 = Pengawas Perawatan Bedah
- Informan 7 = Kepala Ruangan Kebidanan
- Informan 8 = Kepala Ruangan Anak
- Informan 9 = Kepala Ruangan Penyakit Dalam
- Informan 10 = Kepala Ruangan Bedah

Hasil FGD tentang pendidikan dan pelatihan dalam penerapan sasaran keselamatan pasien didapatkan informasi sebagai berikut :

“..SDM di sini rata-rata sudah terqualifikasi untuk penerapan program keselamatan pasien. Contohnya PPDS yang akan residensi diini selalu diberikan LOI dulu dengan pengayaan materi akreditasi seperti sasaran keselamatan pasien (SKP), PPI dll nya diwajibkan dari RS. Kami pun sudah diberikan pelatihan, workshop dan bimtek tentang akreditasi, materinya selalu ada pasien safety. Semua petugas harus ikut tanpa kecuali..”(ifg.1)

“..Kami dari farmasi juga sudah mendapatkan pelatihan keselamatan pasien, PPI,APAR, BHD dll..kalau kegiatan diklat itu selalu ada , boleh dikatakan sering. Petugas bergantian ikut pelatihan, seperti workshop, bimtek..”(ifg.2)

“..Dari gizi kami diikutkan secara bergantian karena petugasnya sedikit. Pelatihannya sama buk juga ada tentang SKP, PPI, APAR, BHD, K3RS..semuanya diklat yang mengadakan buk..”(ifg.3)

“..Umumnya kami hampir semua sudah dapat pelatihan pasien safety. Itu sudah standar kayaknya di RS. Kemudian kalau sudah 2 tahun pelatihannya diulang lagi oleh Diklat, istilahnya diupdate kembali ilmunya..”(ifg.4)

“..Waktu LOI pun kami baru masuk dinas juga sudah diberikan pelatihan SKP. Narasumbernya ada yang dari luar ada dari RS. Sekarang masih diikutkan untuk pelatihan misalnya tentang PPI, berikutnya ada mengenai mutu, ada K3RS, BHD dllnya..’(ifg.5)

“..Pegawai lama sampai pegawai baru semuanya diberi pelatihan keselamatan pasien. Kegiatannya berupa workshop, bimtek, inhouse training, semuanya dari diklat RS. Sarannya ya..kalau dapat pelatihan ini tetap berkelanjutan karena RS kita sudah terakreditasi..’(ifg.6)

“..Untuk semua petugas diberikan pelatihan keselamatan pasien, K3RS, BHD, PPI. Manajemen risiko juga pernah ikut seperti membuat PDCA atau RCA. Setelah mengikuti pelatihan kami dievaluasi lagi diruangan oleh PP atau Karu..”(ifg.7)

Matrik triangulasi tentang pendidikan dan pelatihan dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang berdasarkan telaah dokumen, observasi, dan wawancara mendalam dan FGD, maka dapat dilihat pada tabel 5.30 berikut ini :

Tabel 5.30: Matrik Triangulasi tentang Pendidikan dan Pelatihan dalam Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang

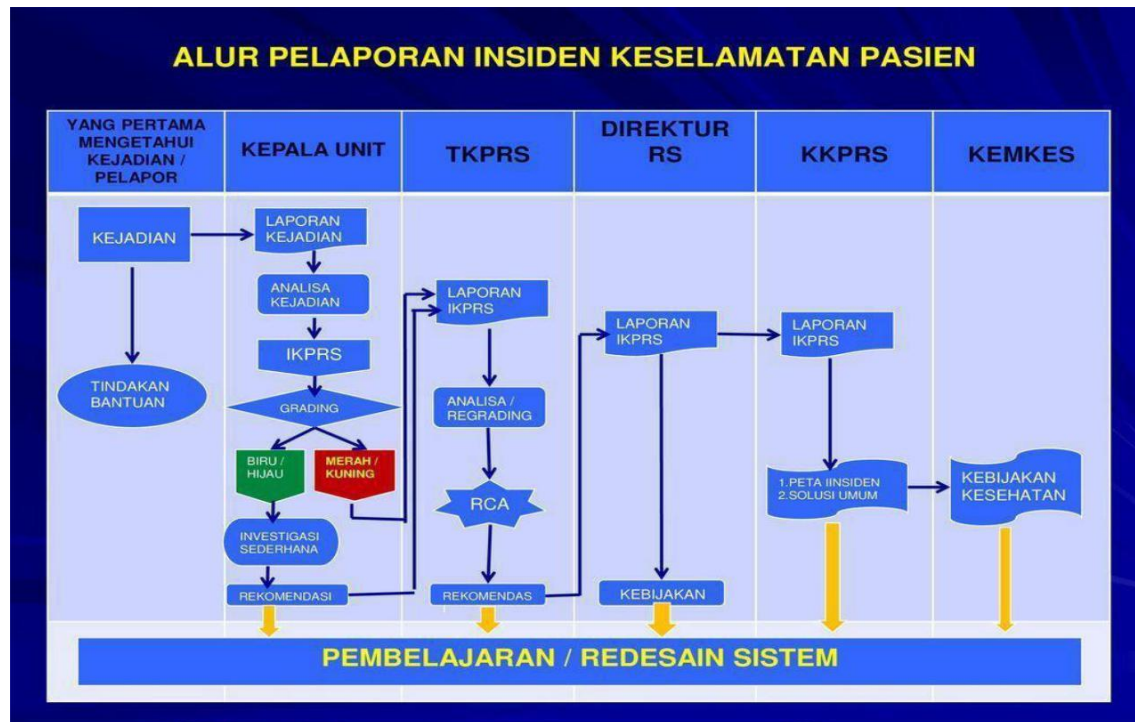
Topik	Dokumen	Observasi	Wawancara	FGD	Analisis Triangulasi
Pendidikan dan Pelatihan	Adanya arsip bukti sertifikat pelatihan <i>Patient safety</i> , K3RS, Manajemen Risiko yang diikuti oleh staf. Lebih 90% staf RS.M.Djamil sudah mendapatkan workshop <i>patient safety</i> , K3RS,PPI, BHD tahun 2015. Diklat sudah mempunyai program perencanaan pelatihan <i>patient safety</i> , MRK, manajemen mutu RS, dll	Ada kegiatan pelatihan dari diklat tentang materi keselamatan pasien. manajemen risiko, PPI Bentuk kegiatan berupa workshop, bimtek dan <i>inhouse training</i> . Peserta pelatihan : staf RS,PPA, Pegawai baru, PPDS, mahasiswa praktek	Upaya yang dilakukan untuk peningkatan dan pengembangan kualifikasi SDM: pengayaan materi sasaran keselamatan pasien. SKP materi wajib dalam standar LOI RS, baik untuk karyawan baru, PPDS, mahasiswa dll. Kualifikasi staf untuk SKP 1sampai 6 umumnya sudah terpapar. Jenis pelatihan lain yang di dapatkan staf, PPI, BHD, APAR. Pelatihan difasilitasi oleh bagian diklat RS. Bentuk kegiatan yang diberikan: workshop, <i>inhouse training</i> , bimtek. Strategi diklat mensinergikan materi manajemen risiko (MRK) dengan keselamatan pasien.	Semua SDM rata-rata sudah mendapatkan pelatihan <i>patient safety</i> . Pegawai baru diberi LOI tentang SKP, MRK dan materi penunjang keselamatan pasien. Pelatihan diupdate setiap 2 tahun. Kegiatan pelatihan di selenggarakan oleh bagian Diklat RS. Evaluasi staf yang sudah pelatihan dilakukan oleh Karu/ manajemen ruangan.	Lebih 90% staf RS.M.Djamil sudah mendapatkan workshop, bimtek, <i>inhouse training</i> tentang <i>patient safety</i> , K3RS,PPI, BHD, manajemen risiko di tahun 2015 yang dikelola oleh Bagian Diklat RS. Pelatihan diupdate setelah 2 tahun disertai dengan sertifikat pelatihan. Peserta pelatihan tdd: seluruh staf RS, PPA, pegawai baru. Materi SKP, PPI,K3RS,BHD masuk dalam standar LOI RS. Semua anggaran kegiatan pelatihan berasal dari RS

Informasi yang didapatkan melalui telaah dokumen, observasi, wawancara mendalam dan FGD maka dapat diketahui bahwa upaya yang dilakukan untuk peningkatan dan pengembangan kualifikasi SDM terkait program pendidikan dan pelatihan keselamatan pasien di RSUP Dr.M.Djamil Padang sudah terlaksana sebagaimana mestinya sesuai dengan standar akreditasi. Informasi ini didukung dengan adanya program perencanaan dari bagian diklat tentang pelatihan *patient safety*, MRK, mutu dan lain-lain. Lebih 90% staf RS.M.Djamil sudah mendapatkan workshop *patient safety*, K3RS,PPI, BHD, manajemen risiko di tahun 2015 melalui kegiatan Diklat RS. Materi SKP, PPI,K3RS,BHD merupakan materi wajib dalam standar LOI RS, yang diberikan kepada karyawan baru, PPDS dan mahasiswa praktek. Bentuk kegiatan diklat yang dilaksanakan berupa workshop, bimtek dan *inhouse training*. Pelatihan tersebut diupdate setiap 2 tahun dan disertai dengan

adanya bukti sertifikat pelatihan. Semua anggaran kegiatan pelatihan berasal dari RS yang dikelola oleh Bagian Diklat.

5.4.3.2 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

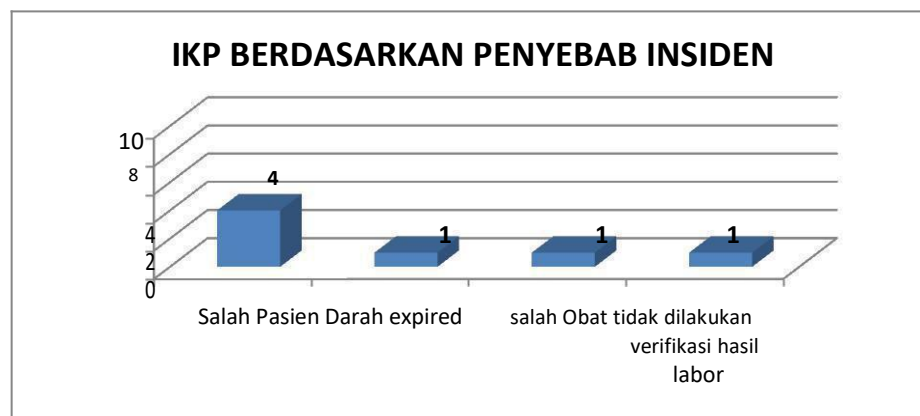
Berikut dapat dilihat pada gambar 5.5 alur pelaporan insiden keselamatan pasien tingkat internal dan eksternal RSUP DR.M.Djamil Padang yang diadopsi dari buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien.



Gambar 5.5: Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien RSUP. DR.M.Djamil Padang diadopsi dari Panduan Nasional Keselamatan Pasien

a. IKP berdasarkan Jenis Insiden

Berikut dapat dilihat angka persentase capaian indikator mutu terkait insiden keselamatan pasien berdasarkan penyebab insiden dari Juli– September 2017 pada gambar 5. 6 dibawah ini:

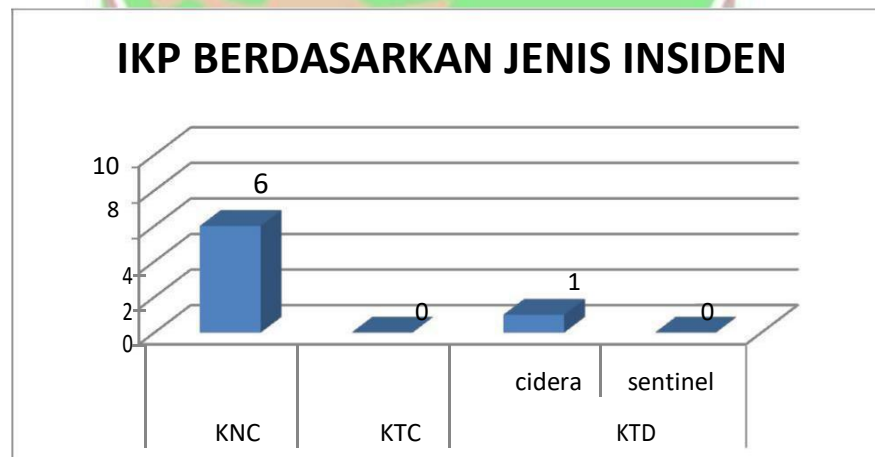


Gambar : 5.6 IKP berdasarkan penyebab insiden TW III tahun 2017

Terlihat pada grafik 5.3 gambaran jumlah kejadian berdasarkan penyebab insiden pada triwulan III tahun 2017 di RSUP DR.M.Djamil Padang terbanyak adalah kejadian salah Pasien/ identitas pasien sebanyak 4 orang. Hal ini disebabkan kurangnya kepatuhan petugas terhadap pelaksanaan identifikasi Pasien. Rata-rata kepatuhan Petugas melaksanakan identifikasi Pasien Juli-September (94,65%), dibawah standar ditetapkan (100 %). Terdapat 1 insiden dari pemberian darah kadaluarsa oleh PMI, kejadian pemberian salah obat 1 insiden, tidak melakukan verifikasi hasil laboratorium terdapat 1 insiden. Dari penyebab semua insiden diatas dapat disimpulkan bahwa masih rendahnya budaya keselamatan pasien dari petugas. Hasil tersebut diatas dikaitkan dengan hasil **survey budaya keselamatan pasien** di tahun 2016 yaitu **63,6%**, artinya angka ini masih rendah belum sesuai standar KARS $\geq 80\%$ (sumber: Sub Komite KPRS RSUP.DR.M.Djamil Padang,2016).

b. IKP berdasarkan Jenis Insiden

Berikut dapat dilihat angka persentase capaian indikator mutu insiden keselamatan pasien berdasarkan jenis insiden dari Juli – September 2017 pada gambar 5.7

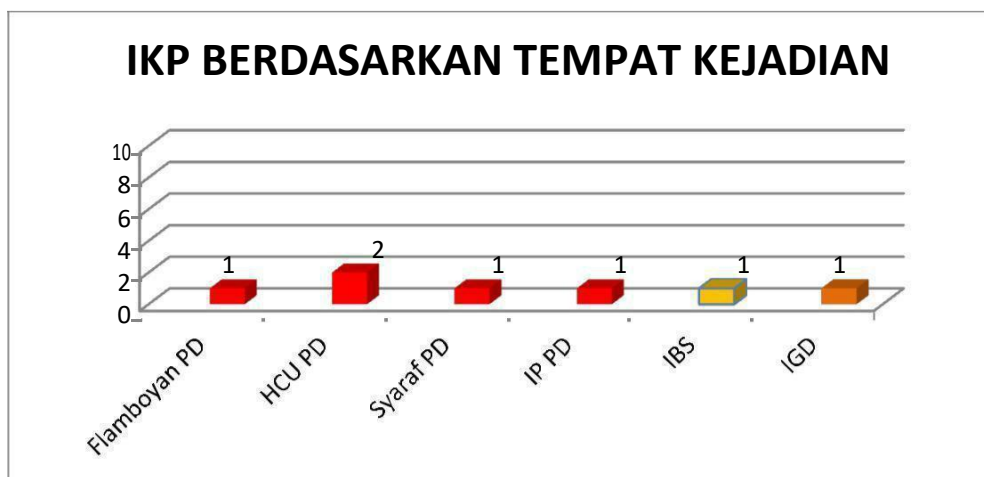


Gambar. 5.7: IKP Berdasarkan Jenis Insiden TW III Tahun 2017

Pada gambar 5.7 menggambarkan IKP berdasarkan jenis insiden TW III tahun 2017 adalah kejadian KNC merupakan jenis insiden terbanyak yaitu 6 insiden. Hal ini menunjukkan bahwa barrier alur pelayanan oleh tim kesehatan memungkinkan untuk mencegah terjadinya insiden. Terdapat 1 KTD yang disebabkan oleh kesalahan dispensing obat pada depo farmasi.

c. Insiden Keselamatan Pasien Berdasarkan Tempat Kejadian

Berikut dapat dilihat angka persentase capaian indikator mutu insiden keselamatan pasien berdasarkan tempat kejadian IKP dari Juli – September 2017 pada gambar 5.8

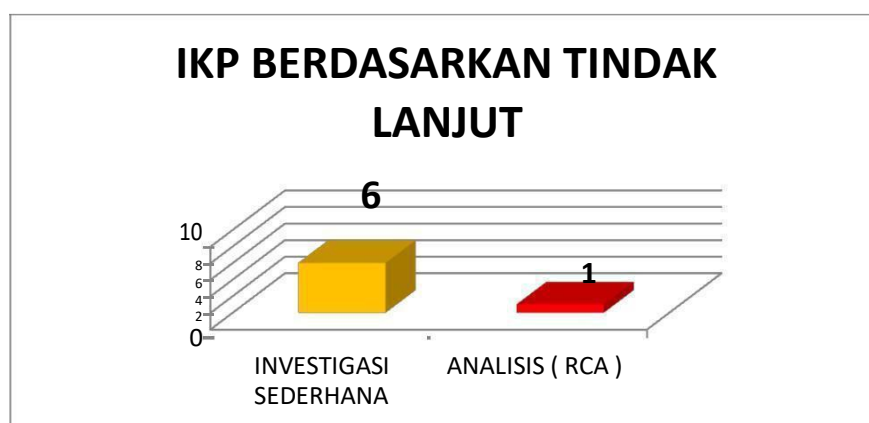


Gambar. 5.8: IKP Berdasarkan Tempat Kejadian TW III Tahun 2017.

Terlihat dari gambar 5.6 bahwa angka IKP berdasarkan tempat kejadian paling sering terjadi adalah ruangan Penyakit Dalam (Flamboyan, HCU, Interne Pria) termasuk ruang Non Bedah 2 syaraf . Hal ini menunjukkan rawat inap penyakit dalam telah menunjukkan kepedulian terhadap keselamatan Pasien melalui laporan insiden yang dilaporkan dari waktu ke waktu.

d. Insiden Keselamatan Pasien Berdasarkan Tindak Lanjut

Berikut dapat dilihat angka persentase capaian indikator mutu keselamatan pasien berdasarkan tindak lanjut dari Juli – September 2017 pada gambar 5.9

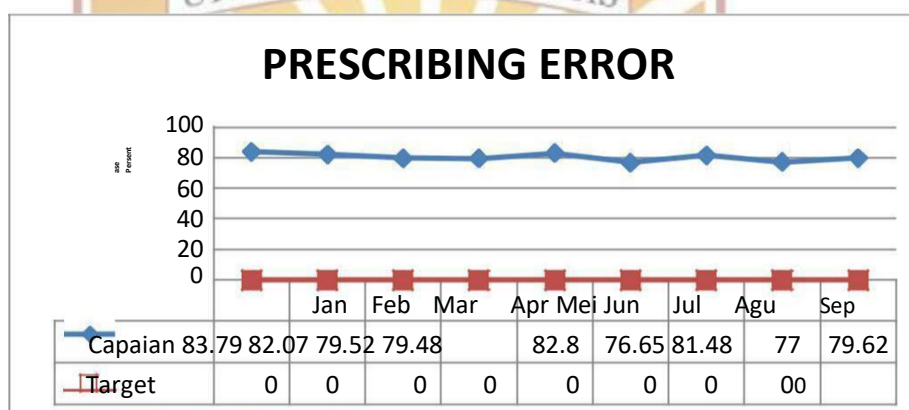


Gambar. 5.9: IKP Berdasarkan Tindak Lanjut di TW III Tahun 2017

Pada gambar 5.9 menunjukkan IKP berdasarkan tindak lanjut, dengan investigasi sederhana ada 6 tindak lanjut yang dilakukan oleh satuan kerja. Tindak lanjut yang dilakukan dengan *Root Cause Analysis* (RCA) ada 1 tindak lanjut yang dilakukan oleh tim dengan nota dinas direktur utama dipimpin oleh kapala satuan kerja tempat insiden.

e. Prescribing Error/ Kejadian Nyaris Cidera terhadap Peresepan Obat (Medication Error)

Dilihat dari persentase capaian indikator mutu untuk *prescribing error* dari bulan Januari-September 2017 di RSUP. Dr. M. Djamil Padang terlihat bervariasi untuk setiap bulannya, berikut gambarannya dibawah ini:



Gambar .5.10: Persentase Capaian Indikator Mutu *Prescribing Error*

Sumber: Laporan KMMR Triwulan 3 tahun 2017.

Hasil capaian indikator mutu terkait *Prescribing Error* terlihat angka bervariasi setiap bulannya. Rata-rata angka masih sangat jauh dari standar 0%. Hal ini disebabkan karena dokter belum menulis resep sesuai dengan kaidah penulisan resep yang berlaku seperti: nama pasien kurang jelas, nomor MR pasien, nomor resep/nama ruang rawat, nama dokter, tulisan resep, tidak terbaca dengan jelas, identitas dokter tidak lengkap (nama, SIP, paraf), identitas pasien tidak lengkap (nama, nomor MR, nama ibu kandung), nama pasien salah, nama obat berupa singkatan/salah, tidak ada bentuk sediaan/salah, tidak ada dosis obat/salah, tidak ada jumlah obat/salah, tidak ada waktu/frekuensi pemberian, tidak ada cara/ rute pemberian, tidak ada berat badan (untuk pasien anak), tidak ada berat badan dan tinggi badan (untuk pasien kemoterapi), terjadi duplikasi.

Kesalahan yang paling sering terjadi pada resep adalah : identitas dokter tidak lengkap, identitas pasien tidak lengkap (nama, nomor MR, nama ibu

kandung), tidak ada jumlah obat/salah, tidak ada berat badan (untuk pasien anak), nama obat berupa singkatan/salah.

Tindak lanjut yang dilakukan rumah sakit adalah pemberian informasi ke dokter penulis resep tentang capaian indikator *prescribing error*, melakukan resosialisasi penulisan resep, mengadakan pelatihan penulisan resep yang benar sesuai standar.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dari beberapa informan tentang pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang didapatkan informasi sebagai berikut :

“..Untuk alur pelaporan insiden sudah ada, baru ada sebagian unit yang rutin melaporkan jika ada kejadian insiden seperti KNC atau KTD. Lebih kepada budaya melaporkan yang masih kurang. Dari manajemen pernah memberikan reward berupa piagam bagi unit yang rajin melaporkan insiden diruangannya, artinya apapun insiden dilapangan harus wajib di laporkan..”(if1)

“..Pelaporan IKP sudah berjalan lancar, sudah ada alurnya dan unit-unit pun sudah tahu. Untuk pelaporan tingkat eksternal kita sudah pakai online, aksesnya ditujukan ke Yankes Kemkes. Dari RS Djamil sudah melaporkan Insiden Keselamatan Pasien secara berkala per tiga bulannya. Hambatannya pada pelaporan internal yang sering keterlambatan. ada juga beberapa ruangan yang kadang lebih dari 2x 24 jam mengirimkan laporannya..”(if.2)

“..Ada alur pelaporan yang diberikan oleh KPRS bila terjadi insiden keselamatan pasien, kemudian ada formatnya yang perlu diisi, terlebih dahulu disesuaikan dengan gradingnya. Laporan yang sudah dibuat dari ruangan lalu dikirim ke komite mutu..”(if.3)

“..Alur laporan sudah ada, jika ada insiden kita sudah punya format laporan yang harus diisi, disesuaikan dengan gradingnya, dikirim ke mutu, mutu melakukan klarifikasi kejadian TKP. Grading yang memang perlu ditindaklanjuti, maka di lanjutkan dengan RCA oleh komite mutu...”(if.4)

“..Kalau terjadi KTD misalnya pasien jatuh, staf akan melaporkan kepada kepala ruangan. Tapi kalau sore dan malam mereka melapor kepada Ka.Tim. Pernah terjadi KTD lalu kita laporkan ke KMMR kemudian dilakukan RCA disesuaikan juga dengan gradingnya..”(if.5)

“..Kalau ada insiden saat dinas malam langsung dilaporkan ke TJ ruangan, kemudian diisi formatnya. Baru-baru ini ada KNC kesalahan pemberian nama pada obat oleh farmasi. Laporannya dibuat oleh Instalasi diteruskan ke KMMR, dan ditindaklanjuti oleh KMMR..(if.6)

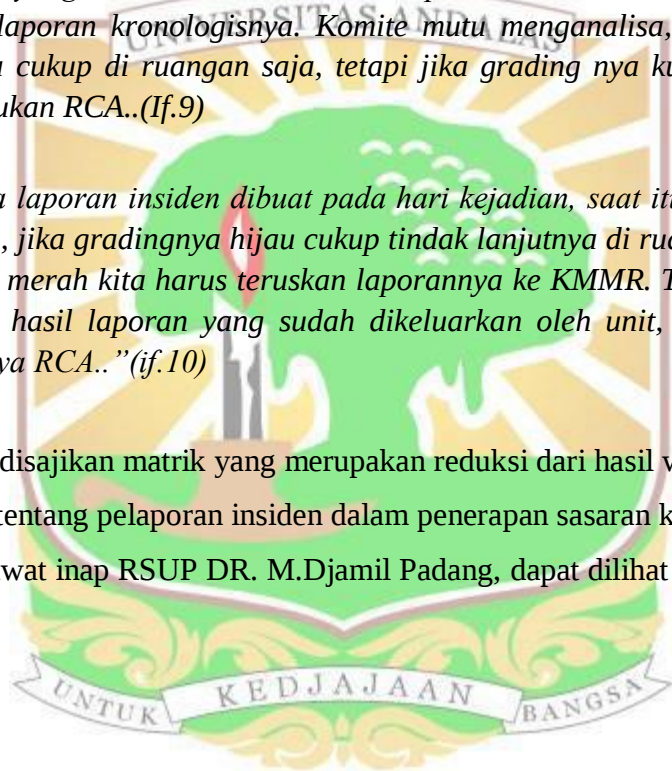
“..Ada blangko pelaporan yang harus di isi. Laporan dibuat oleh PP/ Karu berdasarkan kronologis kejadian. Profesi selain keperawatan juga sudah tahu alur tersebut. Semua kejadian memang harus dilaporkan, tidak ada yang boleh disembunyikan, tujuannya mencari akar masalah dan solusinya...”(if.7)

“..Alur laporan insiden kita sudah ada, jika ada insiden ada format laporan yang harus diisi, disesuaikan dengan gradingnya. Laporan yang sudah dibuat dari ruangan dikirim ke mutu, mutu nantinya melakukan klarifikasi kejadian..”(if.8)

“..Jika ada yang menemukan insiden melapor ke Karu dan ka instalasi, lalu dibuatkan laporan kronologisnya. Komite mutu menganalisa, jika tidak perlu RCA, maka cukup di ruangan saja, tetapi jika grading nya kuning dan merah perlu dilakukan RCA..(If.9)

“..Biasanya laporan insiden dibuat pada hari kejadian, saat itu juga ditentukan gradingnya, jika gradingnya hijau cukup tindak lanjutnya di ruangan saja, kalau kuning dan merah kita harus teruskan laporannya ke KMMR. Tindak lanjut dari KPRS dari hasil laporan yang sudah dikeluarkan oleh unit, diklarifikasi lalu dilakukannya RCA..”(if.10)

Berikut ini disajikan matrik yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam tentang pelaporan insiden dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang, dapat dilihat pada tabel 5.31 berikut ini:



Tabel 5.31 Matrik Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Tentang Pelaporan Insiden dalam Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Di RSUP DR.M.Djamil Padang Tahun 2017

Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Informan 8	Informan 9	Informan 10	Kesimpulan
ur pelaporan IKP dah ada. Budaya elaporan IKP dari af masih kurang. elum semua unit kerja konsisten melaporkan IKP, lasan karena staf akut disalahkan. paya manajemen: memberi reward bagi unit yang rajin melapor.	Pelaporan IKP sudah berjalan lancar. RS sudah punya alur pelaporan internal. Semua unit kerja sudah mengetahui cara pelaporan IKP ke KKPRS Pelaporan IKP tingkat eksternal RS, dilaporkan secara berkala per tiga bulan ke pusat.	Sudah alur format pelaporan diruangan. Laporan IKP dibuat unit, ke mutu. melakukan penggradinga n tindaklanjut yang akan dilakukan (investigasi sederhana/ RCA)	ada Format dan laporan IKP yang sudah dikirim mutu. Komite dari mutu melakukan klarifikasi TKP. Grading merah , tindak lanjut dengan RCA	KTD pasien jatuh dilapor insiden kepada Karu/ Tim. Laporan KTD diteruskan ke KMMR, ditindaklanj uti dengan RCA. perlu tindak lanjut dengan RCA	Kalau ada insiden langsung dilaporkan ke penanggung jawab ruangan, Format IKP diisi, laporan tertulis dibuat oleh Ka.Instalasi , diteruskan ke KMMR, untuk ditindaklanj uti	Laporan IKP dari staf kronologis Laporan IKP ruangan dikirim oleh mutu, Karu melakukan klarifikasi kejadian. Saran: semua kejadian harus dilaporkan, untuk mencari akar masalah dan solusinya.	Laporan staf kronologis	Jika temuan insdien dibuat pada hari sudah tersedia d	ada Laporan insiden dibuat pada hari sudah tersedia d	insiden Sistem/alur pelap di terlaksana di DR.M.Djamil Budaya melapor di kerja masih kura disalahkan. personil di Instala dalam pengelolaa ke IKP. Tindak lan laporan IKP, ti melakukan kejadian. Gradin perlu ditindaklanj RCA: warna ku merah. Pelaporan I tingkat eksternal ditujukan ke Kemkes, dilapork berkala per tiga bu

Keterangan Informan:

1. Informan 2 = Sub Komite KPRS
2. Informan 3 = Pengawas Perawatan Kebidanan
3. Informan 4 = Pengawas Perawatan Anak
4. Informan 5 = Pengawas Perawatan Penyakit Dalam
5. Informan 6 = Pengawas Perawatan Bedah
6. Informan 7 = Kepala Ruangan Kebidanan
7. Informan 8 = Kepala Ruangan Anak
8. Informan 9 = Kepala Ruangan Penyakit Dalam
9. Informan 10 = Kepala Ruangan Bedah

Hasil FGD tentang pelaporan insiden keselamatan pasien dalam penerapan sasaran keselamatan pasien didapatkan informasi sebagai berikut :

“..Kalau ada insiden harus dilaporkan dalam waktu 1 X 24 jam. Laporan yang dibuat tersebut lalu diserahkan ke instalasi. Dari instalasi diteruskan ke bagian KPRS untuk ditindak lanjuti, nanti ada feedbacknya dari KPRS..”(ifg.1)

“..Kami belum pernah buat laporan insiden, karena biasanya kejadian itu kan di ruangan. Tidak langsung ke petugas farmasinya..”(ifg.2)

“..Kalau sosialisasinya kami sudah dapat melalui pelatihan. Di Gizi belum pernah ada insiden, belum pernah buat laporan IKP..”(ifg.3)

“..Kalau ada kejadian pasien jatuh di ruangan, kami langsung memberikan laporan kronologisnya ke kepala ruangan. Laporan yang berbentuk format dibuat oleh instalasi atau PP. Dari instalasi lalu diteruskan ke komite mutu untuk ditindak lanjuti..”(ifg.4)

“..Alur pelaporan insiden kami sudah ada disosialisasikan. Jika ada temuan langsung melaporkan kronologisnya ke Karu dan ke instalasi. Format laporannya sudah ada dari KMMR. Nanti dari instalasi mengirimkan ke mutu. Mutu melakukan analisisnya..”(ifg.5)

“.. Biasanya kita melaporkan kronologisnya ke pengawas keperawatan atau Karu. Nanti ada blangko pelaporan yang harus di isi atau dibuat oleh PP/ Karu berdasarkan kronologis kejadian untuk diteruskan ke bagian mutu..”(ifg.6)

“..Biasanya laporan insiden dibuat pada hari itu juga, jika dilihat gradingsnya hijau mungkin sampai di ruangan saja, kalau sudah kuning dan merah harus teruskan laporannya ke KMMR. Tindak lanjut dari Mutu, mengklarifikasi kejadian dari hasil laporan yang sudah dikeluarkan oleh unit..’(ifg.7)

Keterangan informan FGD:

1. Informan FGD 1 = Dokter
2. Informan FGD 2 = Apoteker
3. Informan FGD 3 = Ahli Gizi
4. Informan FGD 4 = Perawat Anak
5. Informan FGD 5 = Perawat Penyakit Dalam
6. Informan FGD 6 = Perawat Kebidanan
7. Informan FGD 7 = Perawat Bedah

Matrik triangulasi tentang pelaporan insiden keselamatan pasien dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang

berdasarkan telaah dokumen, observasi, dan wawancara mendalam dan FGD, maka dapat dilihat pada tabel 5.32 berikut ini :

Tabel 5.32 Matrik Triangulasi tentang Pelaporan Insiden dalam Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang

Topik	Dokumen	Observasi	Wawancara	FGD	Analisis Triangulasi
Pelaporan insiden	Adanya buku panduan <i>patient safety</i> dan juknis pelaporan insiden memuat alur pelaporan IKP. Sudah tersedia format pelaporan IKP di ruangan pelayanan yang diadopsi dari Permenkes no.1691/ tahun 2011. Ada 7 laporan IKP (triwulan 3 tahun 2017): KNC 6 kasus, KTD 1 kasus.	Adanya bukti laporan insiden yang dibuat oleh unit ditujukan ke komite KPRS. Adanya laporan eksternal IKP dari RS ke yankes kemenkes di Komite KPRS.	Sistem pelaporan IKP/ alur pelaporan sudah ada, Semua staf termasuk Karu dan Ka. Instalasi terlibat dalam pengelolaan laporan IKP. Tindak lanjut tim KPRS dari hasil laporan IKP, melakukan klarifikasi kejadian TKP. Grading yang perlu ditindaklanjuti, dilanjutkan dengan RCA. Pelaporan IKP untuk tingkat eksternal RS sudah pakai online, aksesnya ditujukan ke Yankes Kemkes, dilaporkan secara berkala per tiga bulannya. Hambatannya, budaya pelaporan IKP dari unit masih kurang.	Alur pelaporan insiden sudah ada, sudah disosialisasikan. Jika ada temuan langsung melaporkan kronologis ke Karu dan ka instalasi. Tindak lanjut dari Mutu, mengklarifikasi kejadian laporan yang sudah diteruskan oleh unit	RSUP DR. M.Djamil Padang sudah mempunyai juknis sistem pelaporan internal. RS juga sudah membuat laporan eksternal IKP per tiga bulan ke Yankes-Kemenkes RI yang mengacu kepada PMK no. 1691/2011. Semua staf RS, sampai manajer Instalasi terlibat dalam pengelolaan laporan IKP. Semua tindak lanjut dan klarifikasi kejadian dilakukan oleh KKPRS. Budaya pelaporan IKP dari unit masih kurang. Di triwulan 3 – 2017 ada 7 laporan IKP (KNC 6 kasus, KTD 1 kasus.

Informasi yang didapatkan melalui telaah dokumen, observasi, wawancara mendalam dan FGD maka dapat diketahui bahwa pelaporan insiden keselamatan pasien dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUP

Dr.M.Djamil Padang sebagaimana mestinya sudah sesuai dengan juknis pelaporan, standar akreditasi dan PMK No. 1691 tahun 2011. Informasi ini didukung dengan adanya bukti alur, format laporan insiden dari unit ke komite KKPRS. Dalam implementasinya baru sebagian unit yang rutin mengirimkan laporannya tepat waktu sesuai SPO/ Juknis ke komite KPRS, masih ada unit yang tidak pernah mengirimkan laporan karena hal ini belum menjadi budaya, ini juga yang menjadikan suatu hambatan. Baru ada 7 laporan IKP di triwulan 3 tahun 2017 yaitu, KNC 6 kasus, KTD 1 kasus. Personil instalasi merupakan bagian yang terlibat dalam pengelolaan laporan IKP seperti Pengelola Perawatan (PP), Karu dan Ka. Instalasi, dibuktikan dengan adanya bentuk

laporan yang dibuat oleh Instalasi dan jajarannya. Sudah adanya laporan berkala per tiga bulan secara online dari RS ke Yankes Kemenkes terkait laporan IKP.

5.4.3.3 Pelaksanaan standar

Berikut adalah gambaran pelaksanaan standar pelayanan dari para profesi pemberi asuhan pasien dalam mengintegrasikan proses pelayanan untuk keselamatan pasien, dapat dilihat pada tabel 5.33 di bawah ini:

Tabel 5.33: Pelaksanaan Standar Pelayanan Dari Para Profesi Pemberi Asuhan Pasien di RSUP DR.M.Djamil Padang Tahun 2017

Standar	Profesi	Medis	Keperawatan	Farmasi	Gizi	Analisis
1	2	3	4	5	6	
Bukti pelaksanaan DPJP memberikan penjelasan dan kepada keluarganya tentang dan pelayanan, pengobatan prosedur pasien kemungkinan terjadinya KTD di RM pasien	Dari 20 (dua puluh) pasien secara terdapat 17 RM benar (85%) pemberian informasi yang lengkap dan benar oleh dokter dan rencana hasil pelayanan, termasuk prosedur untuk pasien.	-	-	-	-	Pelaksanaan standar pelayanan dari medis dalam memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan belum sesuai target (100%)
Bukti pelaksanaan asuhan didalam perkembangan / pelayanan terintegrasi (CPPT) kebijakan /prosedur .	Dari 20 (dua puluh) pasien terdapat 20 RM (100%) lembar yang lengkap dokter, dan di verifikasi oleh DPJP	Dari 20 (dua puluh) pasien terdapat 20 RM (100%) CPPT lembar yang lengkap dan oleh keperawatan, di verifikasi DPJP	Dari 20 (dua puluh) pasien terdapat 20 RM (100%) CPPT lembar yang lengkap oleh farmasi dan verifikasi oleh DPJP	Dari 20 (dua puluh) pasien terdapat 15 RM (75%) lembar yang ditulis lengkap oleh gizi, dan di verifikasi oleh DPJP	Dari 20 (dua puluh) pasien terdapat 8 (40%) lembar yang ditulis lengkap oleh gizi, dan di verifikasi oleh DPJP	Kelengkapan asuhan yang tercatat di CPPT/RM dari profesi farmasi dan gizi belum sesuai target 100%

(Sumber : Data primer yang diolah, tahun 2017)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dari beberapa informan tentang pelaksanaan standar pelayanan yang ditetapkan oleh RS terkait dengan penerapan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang didapatkan informasi sebagai berikut :

“..RS sudah mengeluarkan kebijakan dan panduan tentang penetapan Dokter Penanggungjawab (DPJP), RS ini sudah tipe A dan pusat rujukan. Dalam implementasinya, DPJP yang telah memberikan edukasi dan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan ke pasien harus ada bukti dokumentasi di RM dengan membubuhkan tanda tangan dan SIP..”(if.1)

“..Jadi di dalam rekam medik pasien sudah ada lembaran pemberian informasi dan edukasi, kalau DPJP sudah melakukan tentu ada bukti di situ yang sudah di tandatangani oleh pasien dan pemberi informasi. Program proaktif untuk Manajemen Risiko di Komite Mutu sudah banyak yang dilakukan. Untuk Manajemen risiko Rumah Sakit di tingkat komite membuat identifikasi risiko Rumah Sakit yang diambil bagian risiko terbesar dari unit, itulah yang diangkat menjadi risikonya Rumah Sakit..”(if.2)

“..Dalam pemberian edukasi atau informasi kepada pasien atau keluarga biasanya dokter residen (chift). Masing –masing pasien sudah ditetapkan DPJP nya. Unit diminta untuk mengidentifikasi resiko dari semua kumpulan resiko yang ada di ruangan. Lalu dibuat gradingnya, kemudian dianalisa oleh KMMR...”(if.3)

“..Bukti pelaksanaan edukasi dan informasi sudah ada di dalam status pasien, di lembaran edukasi dan informasi sudah ada nama dan tanda tangan untuk DPJP nya., DPJP kadang-kadang memberikan pelimpahan ke chief residen dalam mengedukasi pasien atau keluarganya, karena RS kita ini merupakan RS pendidikan, kecuali kasusnya sulit atau kompleks..”(if.4)

“..Sudah ada penetapan DPJP terkait pelaksanaan standar pelayanan di penyakit dalam ini bu. Bukti pelaksanaan DPJP melakukan edukasi dan informasi kepada pasien atau keluarga pasien itu sudah ada di rekam medis. Sistem untuk mendidik pasien/keluarga seperti memberikan demonstrasi atau diskusi kelompok..”(if.5)

“..Sudah ada penetapan DPJP untuk setiap pasien. Mekanisme untuk mendidik pasien dan keluarga kita lakukan penyuluhan, yaitu berupa penyuluhan pribadi dan kelompok. Kami baru merapatkan masalah untuk analisis risiko, bagaimana kita melakukan PDCA nya serta membahas risiko yang ada. Hambatan yang sangat berarti tidak ada..”(if.6)

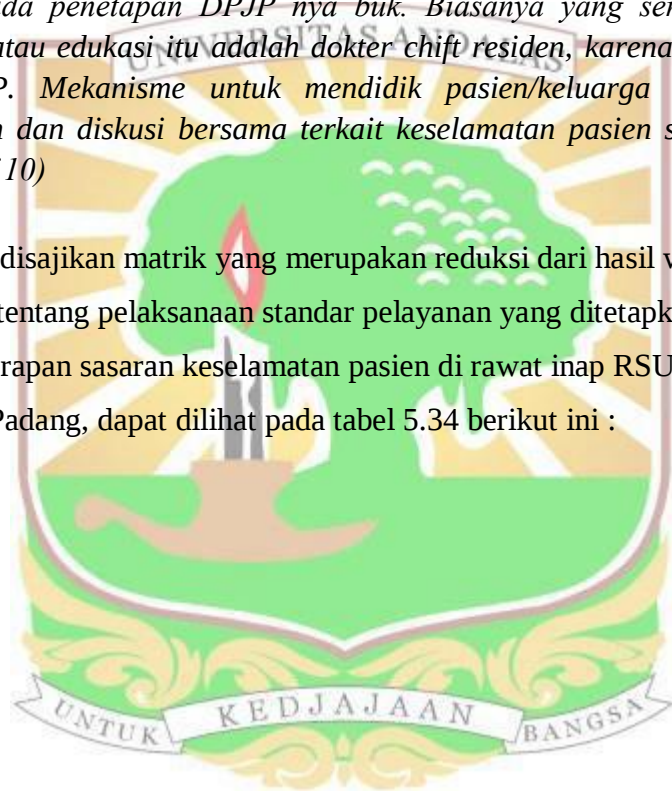
“..RS sudah menetapkan Dokter Penanggung jawab untuk setiap pasien. Di dalam rekam medik pasien itu sudah ada lembaran pemberian informasi dan edukasi, kalau DPJPnya sudah memberikan informasi maka ada buktinya menandatangani lembaran informasi tersebut oleh pasien dan pemberi informasinya..”(if.7)

“.. Penetapan setiap DPJP untuk pelayanan pasien itu sudah ada, dalam implementasinya dan bukti pelaksanaannya sudah ada di Rekam medik, DPJP sering mendelegasikan kepada residen/ Chift untuk memberikan edukasi atau informasi tentang rencana dan hasil pelayanan. Kami di unit kerja diminta oleh KMMR untuk mengidentifikasi risiko apa yang mungkin terjadi, setelah risiko diidentifikasi, maka KMMR melakukan analisa risiko..”(if.8)

“..DPJP untuk pelayanan pasien itu sudah ada, dan bukti pelaksanaan edukasi dan informasi juga sudah ada di Rekam medik yaitu buktinya menandatangani lembaran informasi tersebut oleh pasien dan pemberi informasinya..”(if.9)

“..Sudah ada penetapan DPJP nya buk. Biasanya yang sering memberikan informasi atau edukasi itu adalah dokter chift residen, karena pendelalegasian dari DPJP. Mekanisme untuk mendidik pasien/keluarga bisanya melalui penyuluhan dan diskusi bersama terkait keselamatan pasien serta pencegahan resiko..”(if.10)

Berikut ini disajikan matrik yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam tentang pelaksanaan standar pelayanan yang ditetapkan oleh RS dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang, dapat dilihat pada tabel 5.34 berikut ini :



Tabel 5.34 Matrik Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Tentang Pelaksanaan Standar Pelayanan dalam Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Di RSUP DR.M.Djamil Padang Tahun 2017

Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Informan 8	Informan 9	Informan 10	Kesimpulan
Sudah ada	Program	Pemberian	Sudah ada	Sistem	Sistem	DPJP	DPJP	Bukti	Pelaksanaan	Pelaksanaan
kebijakan Dirut ntang penetapan okter Penanggung awab Pelayanan (DPJP). Pelaksanaan edukasi dan formasi tentang encana dan hasil pelayanan ke pasien diberikan oleh DPJP, dan idokumentasikan di RM dengan membubuhkan anda tangan dan SIP.	proaktif banyak dilakukan (identifikasi risiko, analisis risiko FMEA).	h edukasi dan informasi RS tentang rencana hasil pelayanan kepada pasien diberikan oleh dokter residen. Instalasi sudah melakukan identifikasi risiko yang ada ruangan.	dan penetapan DPJP untuk setiap pasien ruangan. Bukti pelaksanaan informasi dan edukasi sudah ada dalam rekam medik yang di tangani oleh medis.	untuk mendidik pasien/keluarga di pasien: demonstrasi atau diskusi kelompok.	mendidik pasien dan keluarga: penyuluhan individu dan kelompok. Program proaktif sudah dilakukan untuk redesain proses dan identifikasi ai risiko keselamatan (PDCA)	menandatan gani lembaran informasi dan edukasi di RM setelah pemberian informasi/ edukasi	mendelegas ikan pemberian informasi/e dukasi kepada Chift residen. Unit kerja sudah melakukan identifikasi risiko, dianalisa oleh KMMR	pelaksanan edukasi informasi sudah terlampir di residen. Rekam medik pasien. Ada tandatangan dokter pemberi informasi.	pelayanan dan sebagian dilakukan dokter di residen. Ada dan	pelayanan dari besar kepada pasien di r oleh RSUP DR. chift Padang belum Pendelegasian tu kewenangan DPJP besar dilimpahka dokter Chift (memberikan p tentang rencana pelayanan). proaktif untuk m risiko sudah berjal baik: (identifikasi analisa risiko, PDCA).

Keterangan Informan:

1. Informan 2 = Sub Komite KPRS
2. Informan 3 = Pengawas Perawatan Kebidanan
3. Informan 4 = Pengawas Perawatan Anak
4. Informan 5 = Pengawas Perawatan Penyakit Dalam
5. Informan 6 = Pengawas Perawatan Bedah
6. Informan 7 = Kepala Ruangan Kebidanan
7. Informan 8 = Kepala Ruangan Anak
8. Informan 9 = Kepala Ruangan Penyakit Dalam
9. Informan 10 = Kepala Ruangan Bedah

Hasil FGD tentang pelaksanaan standar pelayanan yang ditetapkan oleh RS dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang dalam penerapan sasaran keselamatan pasien didapatkan informasi sebagai berikut:

“..Disini sudah ada penetapan DPJP untuk setiap pasien. Mekanisme untuk mendidik pasien dan keluarga biasanya diberikan edukasi dan informasi tentang penyakitnya, tentang tindakan atau terapi. Bukti pelaksanaannya ada kita dokumentasikan di status pasien pada lembar informasi dan edukasi.”(ifg.1)

“..DPJP nya sudah ditetapkan tapi masih sering terjadi keterlambatan informasi dari medis ke pasien atau keluarganya tentang tindak lanjut pelayanan atau terapi pasien..”(ifg.2)

“..Pendapatnya sama. Hambatan selama ini dalam penerapan pelayanan mungkin karena RS ini tempat pendidikan segala informasi yang diberi ke pasien umumnya dari peserta didik dulu baru ke dokter penanggung jawabnya..”(ifg.3)

“..Masing-masing pasien ada DPJPnya, tapi kalau memberikan informasi pelayanan atau tindakan memang dimulai dari chift residennya. Ada juga sebagian DPJP tersebut yang konsisten dengan pasiennya dalam memberikan edukasi serta informasi pelayanan..”(ifg.4)

“..DPJP di penyakit dalam tetap ada yang melakukan visite ke pasien pada waktu tertentu, fallow up nya setiap hari dilakukan oleh residen. Dalam pemberian edukasi ataupun informasi ke pasien pada umumnya dilakukan oleh residen..”(ifg.5)

“..Untuk bukti di status terhadap informasi atau edukasi yang diberikan dokter sudah ada dilembaran RM pasien. Masih banyak yang mendelegasikan ke chift residen, sebagian DPJP nya ada juga yang sesuai standar. Kita mendidik pasien melalui penyuluhan atau diskusi di ruangan edukasi..”(ifg.6)

“.. Bukti pelaksanaan DPJP memberikan penjelasan pada pasien tentang rencana dan hasil pelayanan sudah ada dilembaran status pasien tapi dalam memberikan penjelasan ke pasien sebagian besar masih diberikan oleh dokter residen..”(ifg.7)

Keterangan informan FGD:

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. Informan FGD 1 = Dokter | 4. Informan FGD 4 = Perawat Anak |
| 2. Informan FGD 2 = Apoteker | 5. Informan FGD 5 = Perawat Penyakit Dalam |
| 3. Informan FGD 3 = Ahli Gizi | 6. Informan FGD 6 = Perawat Kebidanan |
| | 7. Informan FGD 7 = Perawat Bedah |

Matrik triangulasi tentang pelaksanaan standar pelayanan yang ditetapkan oleh RS dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang berdasarkan telaah dokumen, observasi, dan wawancara mendalam dan FGD, maka dapat dilihat pada tabel 5.35 berikut ini :

Tabel 5.35:Matrik Triangulasi tentang Pelaksanaan Standar Pelayanan Dalam Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang

Topik	Dokumen	Observasi	Wawancara	FGD	Analisis Triangulasi
Pelaksanaan Standar Pelayanan	Ada SK Dirut tentang penetapan DPJP di RSUP DR. M.Djamil Padang tahun 2015. Ada buku panduan pelayanan DPJP terbitan tahun 2015. Adanya nota dinas dari Dirut tentang pendelegasian pelayanan dari DPJP ke <i>Chift Residen</i> . Hasil survey kepuasan pasien terkait pelayanan: 77,8%, standar $\geq 85\%$, (sumber: data KMMR-2017)	Ada pertemuan staf dengan pimpinan RS untuk penetapan DPJP. Ada bukti lembar informasi dan edukasi di RM pasien yang sudah diisi oleh medik, dan ada stempel verifikasi dari DPJP. Ada bukti CPPT yang dibuat oleh empat PPA di RM pasien, penulisan CPPT belum optimal dari farmasi	RSUP DR. M.Djamil Padang sudah mengeluarkan kebijakan dan panduan tentang penetapan Dokter Penanggungjawab (DPJP) untuk setiap pasien. Dalam pelaksanaannya, masih ada <i>Chift Residen</i> yang memberikan penjelasan kepada pasien tentang rencana dan hasil pelayanan. Program proaktif untuk Manajemen Risiko sudah dilaksanakan seperti identifikasi risiko, analisa risiko, dan FMEA oleh KMMR dengan unit kerja	Sudah ada penetapan DPJP untuk setiap pasien. Bukti pelaksanaan DPJP dalam memberikan penjelasan sudah terlampir di lembar RM Hambatan dalam penerapan standar pelayanan: RS sebagai RS pendidikan, informasi yang diberi ke pasien sebagian besar dari peserta didik (dr. <i>Chift residen</i>), DPJP melakukan verifikasi hasil informasi	RSUP DR. M.Djamil Padang sudah mengeluarkan kebijakan dan panduan tentang penetapan Dokter Penanggung jawab Pelayanan (DPJP) dalam pelaksanaan standar pelayanan dan keselamatan pasien. Pelaksanaan standar belum optimal, karena pemberian informasi/ atau edukasi ke pasien tentang rencana dan hasil pelayanan sebagian besar diberikan oleh peserta didik (<i>Chift residen</i>), DPJP memverifikasi hasil informasi dan CPPT. Penulisan CPPT belum optimal dari Farmasi. Didukung dengan data survey kepuasan pasien terkait pelayanan tahun 2017 yaitu: 77,8% , belum sesuai harapan standar ($\geq 85\%$). RS sudah melakukan program proaktif untuk Manajemen Risiko

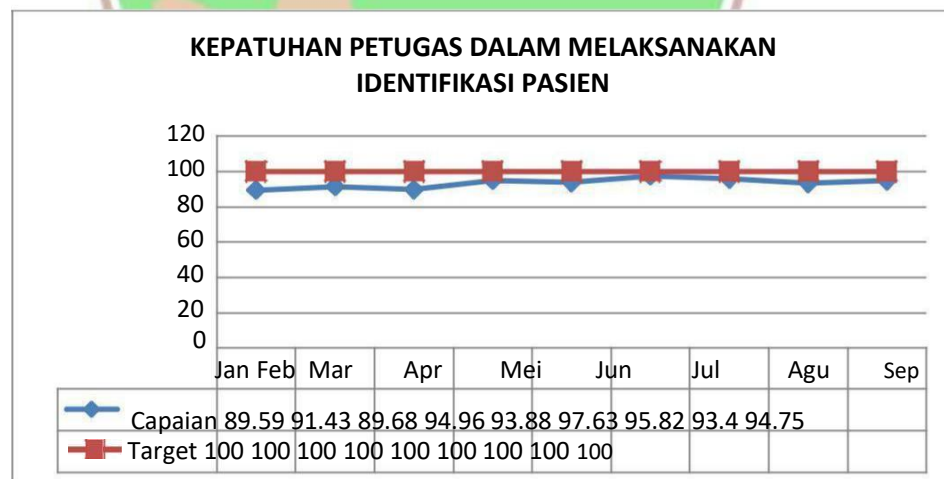
Informasi yang didapatkan melalui telaah dokumen, observasi, wawancara mendalam dan FGD maka dapat diketahui bahwa untuk pelaksanaan standar pelayanan yang ditetapkan oleh RS dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang sudah ada dikeluarkan regulasi/ kebijakannya, namun dalam pelaksanaan belum optimal sesuai kebijakan. Informasi ini didukung dengan adanya SK Dirut tentang penetapan DPJP di RSUP DR. M.Djamil Padang tahun 2015, sudah adanya buku panduan

pelayanan DPJP terbitan tahun 2015. Adanya format pemberian informasi/ *informed concent* dan edukasi di rekam medis pasien. Sudah terlaksananya program proaktif untuk Manajemen Risiko yaitu identifikasi risiko, analisa risiko, dan FMEA yang dikoordinir oleh KMMR bersama unit kerja. Terkait pelaksanaan standar pelayanan hasilnya belum maksimal dan belum sesuai harapan konsumen/ masyarakat, terbukti dengan angka survey kepuasan pasien terkait pelayanan pada dari Januari-September tahun 2017 yaitu 77,8%. RSUP DR. M.Djamil Padang sebagai RS pendidikan, segala informasi tentang rencana dan hasil pelayanan yang disampaikan ke pasien sebagian besar masih diberikan oleh para peserta didik (dokter Chift residen), DPJP memverifikasi dari hasil informasi atau edukasi tersebut di rekam medis.

5.4.3.5 Implementasi sasaran keselamatan pasien

- a. Data capaian indikator keselamatan pasien rumah sakit terhadap kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien pada SKP 1.

Dilihat dari persentase capaian nilai indikator kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien dari bulan Januari-September 2017 di RSUP Dr. M. Djamil Padang terlihat bervariasi untuk setiap bulannya.

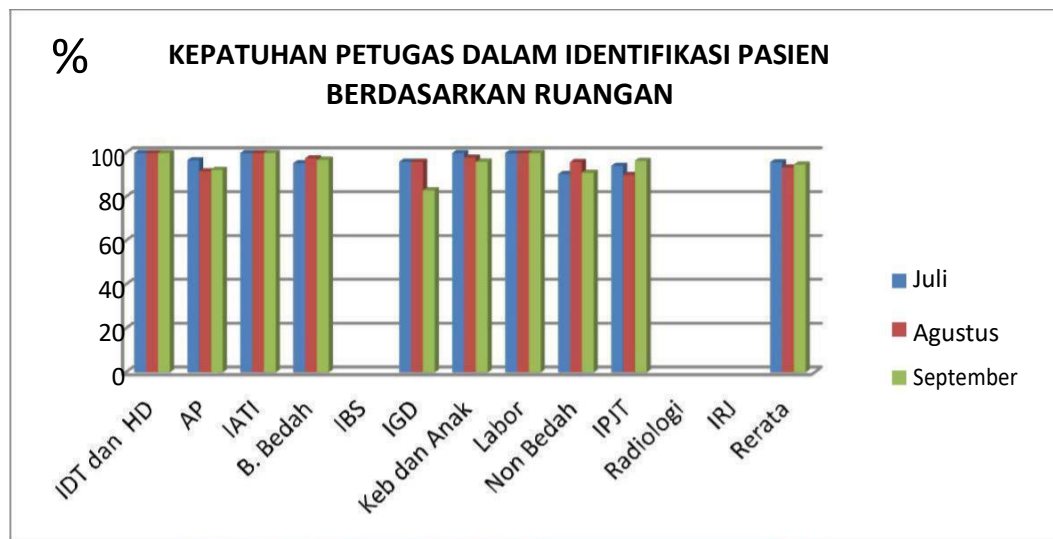


Gambar 5.11: Persentase Pencapaian Indikator Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien Tahun 2017

Pada gambar 5.11 terlihat persentase capaian indikator mutu kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien dari bulan Januari-September 2017. Persentase capaian tersebut bervariasi setiap bulannya. Pencapaian yang hampir mendekati target adalah pada bulan Juni (97,63%) dan angka capaian

yang masih jauh dari target adalah Januari (89,59%). Dari target yang telah ditentukan yaitu 100%, dari Januari-September belum ada yang mencapai target. Hal ini disebabkan karena kepatuhan petugas melaksanakan identifikasi pasien belum menjadi budaya dalam memberikan pelayanan kepada pasien, kurangnya kesadaran petugas tentang pentingnya identifikasi pasien, pemahaman terhadap kamus indikator kepatuhan petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien masih kurang.

Kepatuhan petugas dalam identifikasi pasien berdasarkan ruangan dapat digambarkan sebagai berikut:

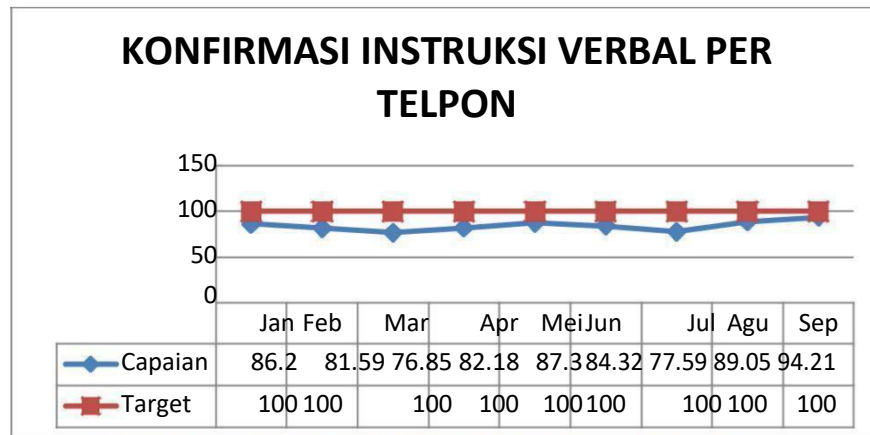


Gambar.5.12: Persentase Pencapaian Indikator Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien Berdasarkan Ruangan Tahun 2017

Pada gambar 5.12 terlihat persentase capaian indikator mutu kepatuhan petugas dalam identifikasi pasien dari Juli-september 2017 berdasarkan ruangan. Pencapaian implementasi terbaik pada bulan Juli berdasarkan ruangan adalah IDT dan HD, IATI, Kebidanan dan anak serta labor yaitu 100% (standar 100%). Pencapaian terbaik pada bulan Agustus adalah ruangan IATI dan labor (100%). Pencapaian terbaik pada bulan September adalah ruangan IATI dan Labor yaitu 100%. Ruangan yang telah mencapai target dari bulan Juli-September, adalah IATI dan labor. Untuk ruangan rawat inap belum ada yang mencapai target kepatuhan dalam pelaksanaan identifikasi pasien.

- b. Data capaian indikator keselamatan pasien rumah sakit terhadap pelaksanaan konfirmasi instruksi verbal per telepon pada SKP 2 .

Berikut dapat dilihat angka persentase capaian indikator mutu konfirmasi instruksi verbal per telepon dari Januari-September 2017.

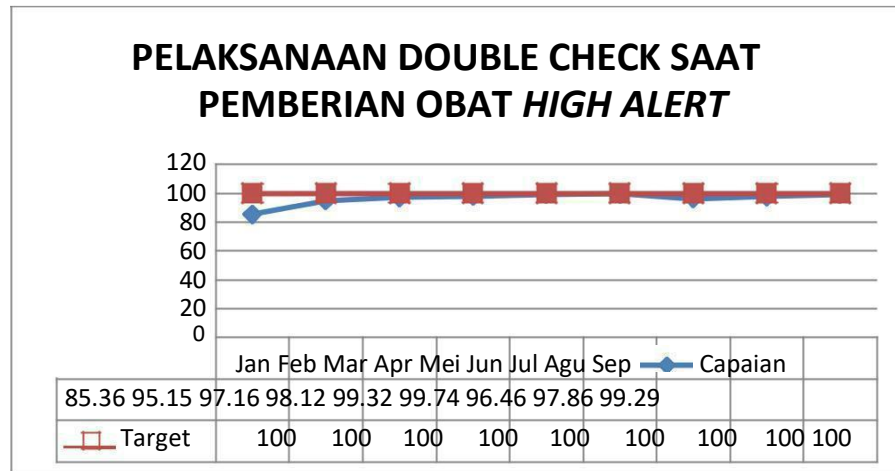


Gambar.5.13: Persentase Capaian Indikator Mutu Konfirmasi Instruksi Verbal Per Telepon Tahun 2017.

Pada gambar 5.13 terlihat angka persentase capaian indikator mutu konfirmasi instruksi verbal per telepon dari bulan Januari-September 2017 bervariasi setiap bulan. Pencapaian yang sudah mendekati target pada September yaitu 94.21% dan pencapaian yang masih jauh dari target pada bulan Maret yaitu 76,85%. Dari target yang telah ditentukan yaitu 100%, belum ada konfirmasi instruksi verbal per telepon yang mencapai sesuai standar. Faktor penyebab rendahnya capaian indikator tersebut adalah tanda tangan konfirmasi sistem borongan, alur pelaporan (system berjenjang) mulai dari dokter PPDS baru sampai ke DPJP, DPJP tidak mau menerima telpon di luar jam kerja di beberapa ruangan, penerapan sistem *reward* dan *punishment* belum dijalankan, proses penggantian (alih DPJP) bila sedang bepergian belum berjalan optimal, pemahaman terhadap SPO TBAK masih kurang, DPJP tidak visite setiap hari, *hand over* tidak terlaksana dengan maksimal, DPJP tidak visite pada hari libur, pelaksanaan konfirmasi belum menjadi budaya.

- c. Data capaian indikator keselamatan pasien rumah sakit terhadap pelaksanaan *Double Chek* Saat Pemberian Obat *High Alert* pada SKP 3.

Berikut dapat dilihat angka persentase capaian indikator pelaksanaan *double chek* saat pemberian obat *high alert* dari Januari-September 2017.

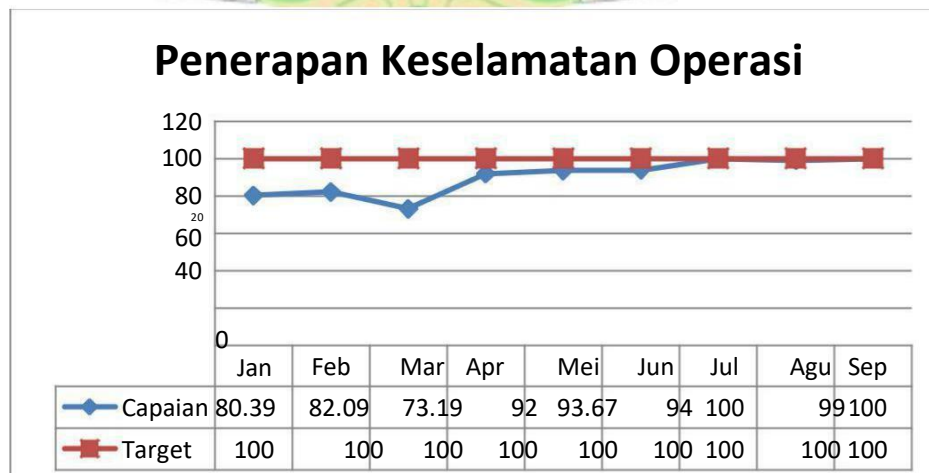


Gambar.5.14: Persentase Capaian Indikator Pelaksanaan *Double Chek* Saat Pemberian Obat *High Alert* Tahun 2017

Pada gambar 5.14 di atas terlihat angka persentase capaian indikator mutu pelaksanaan *double check* saat pemberian obat *high alert* dari bulan Januari-September 2017 bervariasi setiap bulannya. Pencapaian target dari bulan Januari-September 2017, belum ada yang mencapai standar 100%. Hal ini disebabkan karena pemahaman petugas terhadap SPO *double check* saat pemberian obat *high alert* masih kurang, pelaksanaan *double check* saat pemberian obat *high alert* belum menjadi budaya, jumlah tenaga yang dinas terbatas terutama pada shift malam.

- d. Data capaian indikator keselamatan pasien rumah sakit terhadap penerapan keselamatan operasi pada SKP 4.

Berikut dapat dilihat angka persentase capaian indikator penerapan keselamatan operasi dari Januari-September 2017 pada gambar dibawah ini:

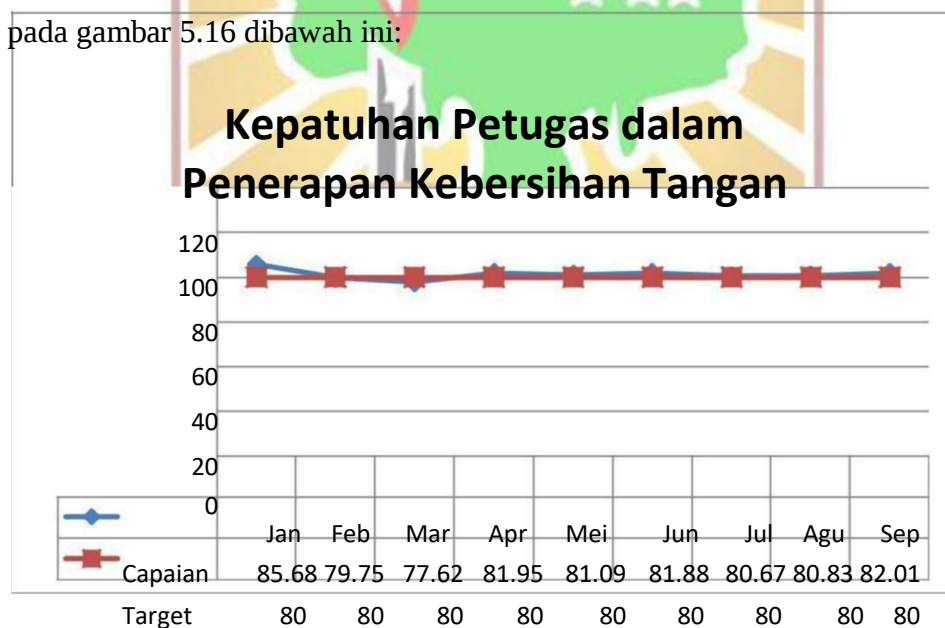


Gambar.5.15: Persentase Capaian Indikator Penerapan Keselamatan Operasi dari Januari-September 2017

Pada gambar 5.15 di atas terlihat angka persentase capaian indikator mutu penerapan keselamatan operasi dari bulan Januari-September 2017 bervariasi setiap bulan. Penerapan keselamatan operasi terbaik adalah pada bulan Juli dan September yaitu 100% dan pencapaian yang masih jauh dari target adalah pada Maret yaitu 73,19%. Hampir seluruh bulan belum mencapai target kecuali Juli dan Agustus. Hal ini disebabkan pemahaman tentang definisi operasional penerapan keselamatan operasi masih kurang. Dikatakan telah melakukan penerapan keselamatan operasi jika tiga tahap lengkap mulai dari pelaksanaan *sign in*, *time out*, dan *sign out* dilakukan.

- e. Data capaian indikator keselamatan pasien rumah sakit terhadap kepatuhan petugas dalam penerapan kebersihan tangan pada SKP 5. Berikut dapat dilihat angka persentase capaian indikator kepatuhan

petugas dalam penerapan kebersihan tangan dari bulan Januari-September 2017 pada gambar 5.16 dibawah ini:

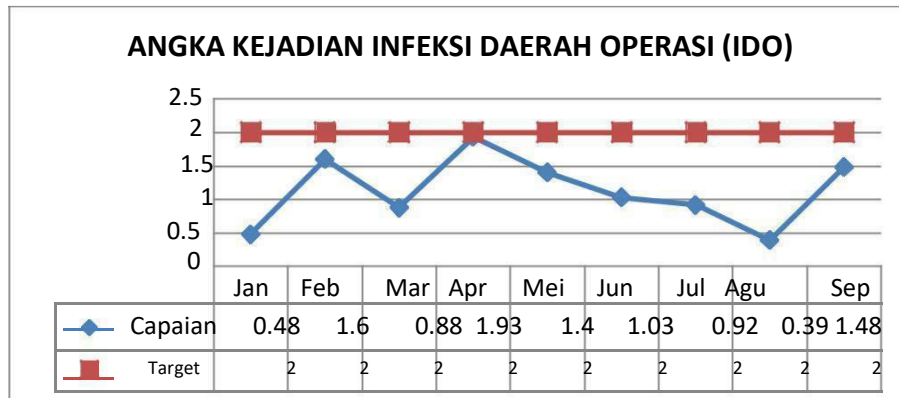


Gambar.5.16: Persentase Capaian Indikator Kepatuhan Petugas Dalam Penerapan Kebersihan Tangan tahun 2017

Pada gambar 5.16 di atas terlihat angka persentase capaian indikator mutu kepatuhan petugas dalam penerapan kebersihan tangan pada bulan Januari-September 2017 bervariasi setiap bulannya. Pencapaian terbaik pada bulan Januari yaitu 85,68% (target 80%), standar KARS 100%. Rata-rata angka persentase capaian indikator kepatuhan petugas dalam penerapan kebersihan tangan telah mencapai target kecuali di bulan Februari dan Maret. Salah satu

faktor penyebab infeksi adalah tingkat kepatuhan petugas dalam menjalankan SPO dan belum menjadi budaya, kesadaran petugas menerapkan kebersihan tangan masih kurang. Terlihat adanya angka kejadian infeksi pada daerah operasi dan angka infeksi luka infus/phlebitis dari bulan Januari-September 2017

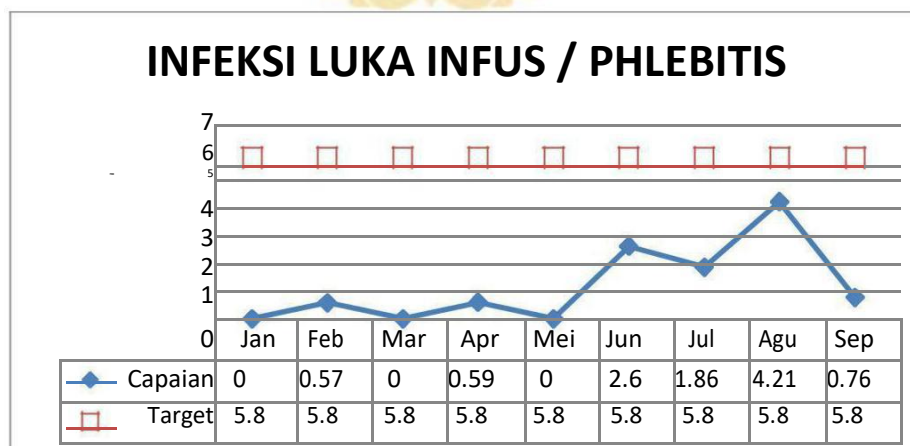
Berikut dapat dilihat pada gambar dibawah ini angka persentase capaian indikator mutu kejadian infeksi daerah operasi (IDO) pada Januari-September 2017 di RSUP. Dr. M. Djamil Padang.



Gambar .5.17: Persentase Capaian Indikator Mutu Angka Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) RSUP DR. M.Djamil Padang tahun 2017.

Dilihat dari gambar 5.17 hasil persentase capaian angka kejadian infeksi berfluktuasi setiap bulannya. Pencapaian terbaik adalah 0,39% pada Agustus, masih kategori dibawah standar yaitu $\leq 2\%$. Dari target yang telah ditentukan setiap bulannya, angka mutu ini termasuk kategori baik.

Berikut adalah angka kejadian Infeksi Luka Infus/ Phlebitis di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang tahun 2017

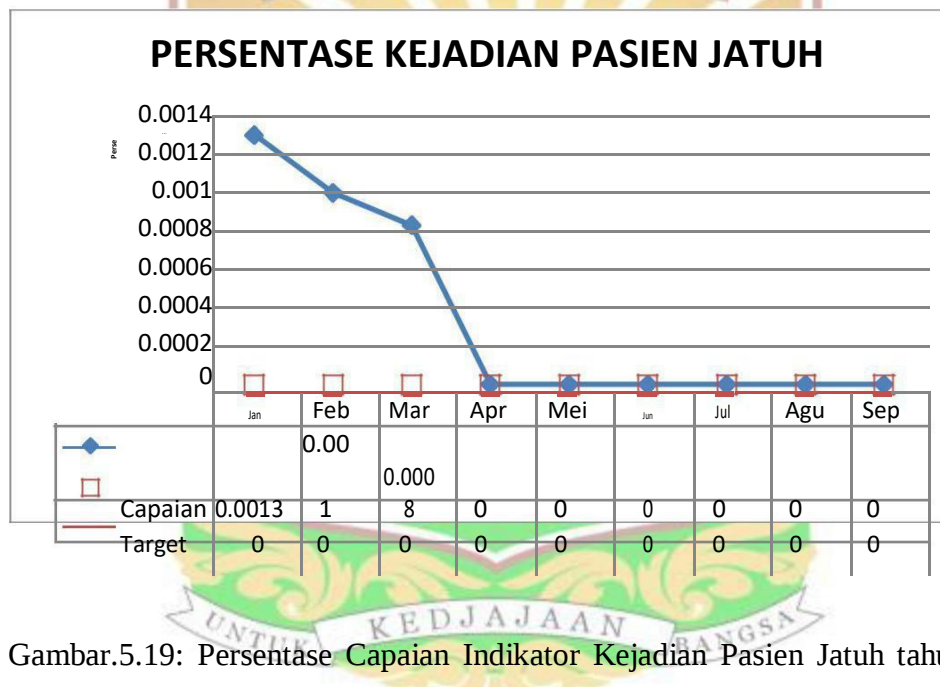


Gambar .5.18: Persentase Capaian Indikator Mutu Angka Infeksi Luka Infus/Phlebitis Tahun 2017

Pada gambar 5.18 dapat dilihat pencapaian indikator mutu angka infeksi luka infus/phlebitis dari bulan Januari-September 2017. Angka pencapaian terlihat bervariasi setiap bulannya. Persentase pencapaian terbaik adalah pada Januari, Maret dan Mei yaitu 0 per mil, artinya tidak ada kejadian infeksi luka infus/phlebitis, selain itu setiap bulannya terdapat angka kejadian infeksi meskipun masih dibawah angka standar/ target $\leq 5,8$ per mil.

f. Data capaian indikator keselamatan pasien rumah sakit terhadap pelaksanaan persentase kejadian pasien jatuh pada SKP 6.

Berikut dapat dilihat angka persentase capaian indikator mutu kejadian pasien jatuh dari Januari-September 2017 pada gambar 5.19 dibawah ini:



Gambar.5.19: Persentase Capaian Indikator Kejadian Pasien Jatuh tahun 2017

Pada gambar 5.19 terlihat angka persentase capaian indikator mutu kejadian pasien jatuh meningkat dari Januari-April 2017. Pencapaian terbaik adalah 0% yaitu dari April-September. Sedangkan kejadian pasien jatuh di bulan Januari yaitu 0,0013% dari target yang telah ditentukan yaitu 0%. Pasien jatuh terjadi pada bulan Januari kejadian pasien jatuh di ruang rawat inap Flamboyan satu kejadian, bulan Februari kejadian pasien jatuh di ruang rawat inap Flamboyan satu kejadian, bulan Maret kejadian pasien jatuh di ruang rawat inap Neurologi satu kejadian. Faktor penyebab kejadian pasien jatuh ini karena fasilitas di unit kerja tersebut kurang lengkap (hand rail, bel), kurang pengawasan petugas terhadap pasien, rasio antara jumlah petugas dan jumlah pasien tidak seimbang, penerapan asesmen risiko jatuh tidak maksimal.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dari beberapa informan tentang implementasi enam sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP DR.

M.Djamil Padang didapatkan informasi sebagai berikut :

“..Implementasi kebijakan SKP belum sepenuhnya terlaksana secara konsisten, harusnya standar Sasaran Keselamatan Pasien ini 100% dari 6 item tersebut, ada beberapa item nilai penerapan SKP terjadi penurunan, kontinuitasnya masih belum optimal, sarannya implementasi ini harus selalu dimonev, yang bertanggung jawab terhadap kontinuitas kegiatan ini di pelayanan Ranap yakni Ka. Instalasi beserta jajaran menajernya..”(if.1)

“..Kebijakan untuk penerapan sasaran keselamatan pasien ini sudah berjalan seragam hanya pelaksanaannya yang belum optimal, disebabkan kendala-kendala tadi. Upaya kita meningkatkan staf dalam penerapan ini, kalau SDM nya kurang harusnya di tambah, kualifikasi kurang harus di latih, fasilitas kurang ya harus dilengkapi..”(if2)

“..Pelaksanaannya sehari sehari masih belum konsisten, belum semua profesi melaksanakannya, hanya perawat dan nutrisisionis yang sering melakukan. Pelaksanaan hand hygiene juga belum semua yang konsisten sesuai SPO, kewaspadaan obat high alert, petugas farmasi masih belum konsisten,masih ada obat high alert yang berada di ruangan..”(if3)

“..Untuk kebijakannya sudah ada di semua unit, tapi dalam penerapan 6 SKP belum konsisten. Banyak juga yang belum melaksanakan sepenuhnya misalnya dokter belum konsisten dalam pelaksanaan hand hygiene, tidak semua langkah yang dikerjakan atau tidak semua momen yang dilakukan. Dibandingkan 4 PPA lainnya perawat yang lebih patuh.Upaya yang dilakukan pada staf, mensuport, melakukan monev, dan pengawasan (if.4)

“..Kalau implementasi SKP belum optimal. Upaya kita untuk meningkatkan staf selama ini dalam pelaksanaan Patient Safety dengan resosialisasi, melakukan bimbingan berkala, yang belum mampu laksana dilakukan bimbingan dan evaluasi lagi. Sarannya untuk menjalankan 6 SKP tadi, jadi apa yang dibutuhkan ruangan bisa terlengkapi..”(if5)

“..Pelaksanaan kebijakan dan prosedur SKP secara rutinitas belum konsisten oleh semua petugas. Upaya yang telah dilakukan untuk staf seperti resosialisasi, workshop, uji petik, bimbingan terhadap keenam SKP itu. Sarannya kebutuhan SDM maupun sarana terkait implementasi di pelayanan seharusnya sudah menjadi perhatian oleh semua pihak di RS ini..”(if.6)

“..Upaya yang dilakukan untuk peningkatan staf dalam penerapan program ini seperti, menilai staf setiap bulannya. Salah satu contoh implementasi, stiker

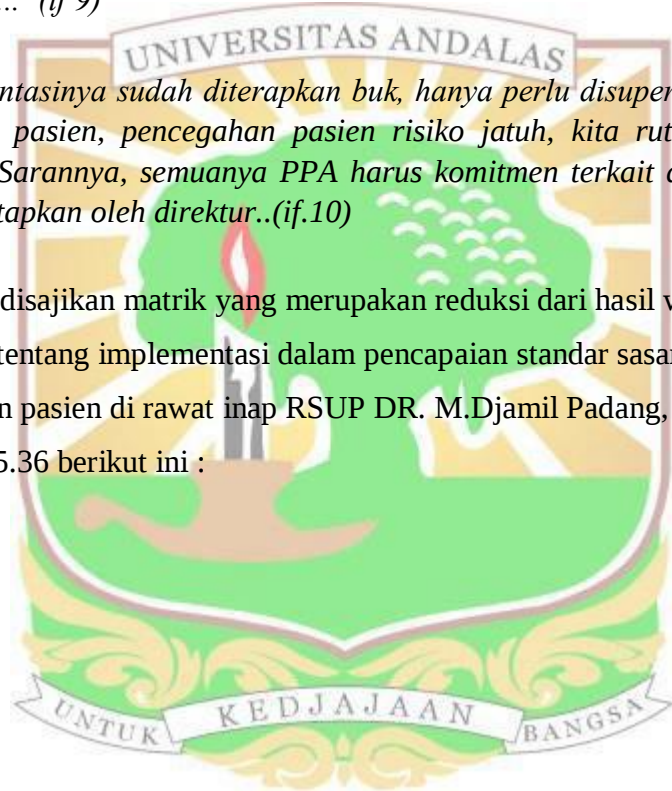
distatus pasien harus terisi lengkap, untuk nutrisisionis juga begitu, bukti stiker/barcode pasien harus tertempel di piring pasien..”(if.7)

“..Untuk konsisten dalam penerapannya barangkali memang belum misal, belum konsisten dalam tindakan pengurangan infeksi. Upaya yang dilakukan pada staf selama ini, memberi inhouse training dan melakukan bimbingan pada staf yang masih kurang ..(if.8)

“..Upaya yang sudah dilakukan untuk peningkatan staf seperti, sosialisasi, pelatihan-pelatihan, expo, ujian/ osche ada uji petik. Untuk yang bertanggung jawab terhadap penerapan 6 SKP ini sebetulnya semua kita pemberi pelayanan....”(if 9)

“..Implementasinya sudah diterapkan buk, hanya perlu disupervisi terus. Terkait identifikasi pasien, pencegahan pasien risiko jatuh, kita rutin mengingatkan pada staf. Sarannya, semuanya PPA harus komitmen terkait dengan apa yang sudah di tetapkan oleh direktur..(if.10)

Berikut ini disajikan matrik yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam tentang implementasi dalam pencapaian standar sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang, dapat dilihat pada tabel 5.36 berikut ini :



Tabel 5.36 Matrik Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Tentang Implementasi dalam Pencapaian Standar Sasaran Keselamatan Pasien Di RSUP DR.M.Djamil Padang Tahun 2017

Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Informan 8	Informan 9	Informan 10	Kesimpulan
Implementasi kebijakan KP belum terlaksana secara konsisten an optimal sesuai standar . Saran: plementasi harus selalu dimonev. enanggung jawab terhadap kontiunitas kegiatan di elayanan Ranap: Ka. Instalasi beserta jajaran menejer	Kebijakan SKP sudah seragam, pelaksanaan belum optimal. Upaya yang terarah, dilakukan: penambahan SDM, melengkapi fasilitas yang kurang	Kebijakan dan SPO yang dibuat RS sudah konsisten. pelaksanaan belum konsisten. Kepatuhan staf untuk identifikasi pasien, <i>hand hygiene</i> belum optimal.	Penerapan 6 SKP dari staf/ PPA belum optimal. Upaya peningkatan rutinitas kualifikasi staf:resosialisasi, bimbingan, evaluasi. Saran : uji petik. n dan penyediaan sarana dan fasilitas yang cukup.	Implementasi SKP belum optimal. Upaya peningkatan rutinitas kualifikasi staf:resosialisasi, bimbingan, evaluasi. Saran : uji petik. n dan penyediaan sarana dan fasilitas yang cukup.	Staf/ PPA belum konsisten dalam pelaksanaan rutinitas yang dilakukan: resosialisasi, workshop, : uji petik.	Upaya yang dilakukan: evaluasi bulanan bagi seluruh staf, <i>update</i> ilmu tentang <i>patien safety</i> dari diklat.	Implementasi SKP dari PPA belum konsisten, terutama dalam tindakan pengurangan infeksi. (staf RS PPA)	Yang bertanggung jawab terhadap penerapan SKP: semua harus komitmen dengan kebijakan dan Perlu supervisi seragam, sesuai	Implementasi 6 SKP diterapkan dari keselamatan pasi Saran: PPA/ staf RS di r PPA RSUP Dr.M.Djam RS. SKP yang dibu Upaya yang dilakukan: res SPO, bimbingan, <i>inhouse training</i> semua PPA harus terhadap pe regulasi RS, penambahan SD fasilitas.	

Keterangan Informan:

1. Informan 2 = Sub Komite KPRS
2. Informan 3 = Pengawas Perawatan Kebidanan
3. Informan 4 = Pengawas Perawatan Anak
4. Informan 5 = Pengawas Perawatan Penyakit Dalam
5. Informan 6 = Pengawas Perawatan Bedah
6. Informan 7 = Kepala Ruangan Kebidanan
7. Informan 8 = Kepala Ruangan Anak
8. Informan 9 = Kepala Ruangan Penyakit Dalam
9. Informan 10 = Kepala Ruangan Bedah

Hasil FGD tentang implementasi terkait penerapan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang didapatkan informasi sebagai berikut:

“..Kebijakan dan SPO enam SKP sudah ada. mungkin implementasinya dari DPJP yang belum disiplin...”(ifg.1)

“..Kalau pedoman atau kebijakan dan SPO keselamatan pasien rasanya sudah cukup lengkap cuma pelaksanaannya belum optimal, kendalanya kita masih keterbatasan SDM di farmasi...”(ifg.2)

“..Kebijakan dan SPO di gizi sudah menjalankannya, hanya barcode untuk identitas pasien yang belum mencukupi untuk disediakan di gizi, terpaksa kami bikin sendiri kertasnya dengan tulis tangan lalu ditempel kepiring plato semua pasien..”(ifg.3)

“..Panduan dan regulasinya sudah kita lihat selama ini, evaluasi yang sudah diterapkan dari rumah sakit itu sepertinya masih banyak kendala, mungkin karena keterbatasan waktu, atau belum membiasakan diri terhadap perubahan..”(ifg.4)

“..Untuk menjalankan 6 sasaran keselamatan pasien sepertinya itu yang masih belum membudaya, masih banyak tidak membiasakan untuk melengkapi ketepatan identifikasi pasien yang di RM pasien..”(ifg.5)

“..Kalau di kebidanan kebijakan dan SPO memang sudah ada tersosialisasi, tapi pelaksanaannya yang belum optimal dari masing-masing PPA..”(ifg.6)

“..Untuk mengaplikasikan 6 SKP di ruangan kendalanya selama ini, kami selalu melengkapi kembali barcode yang kurang ke bagian rekam medik pada setiap lembar status pasien pulang. Untuk pencegahan risiko infeksi, sering sekali dalam pelaksanaannya salah dan tidak sesuai SPO. Untuk pengawasan obat high alert oleh farmasi, sering sekali cairan elektrolit HCL 3% atau albumin berada di ruangan kami..”(ifg.7)

Keterangan informan FGD:

1. Informan FGD 1 = Dokter
2. Informan FGD 2 = Apoteker
3. Informan FGD 3 = Ahli Gizi
4. Informan FGD 4 = Perawat Anak
5. Informan FGD 5 = Perawat Penyakit Dalam
6. Informan FGD 6 = Perawat Kebidanan
7. Informan FGD 7 = Perawat Bedah

Matrik triangulasi tentang implementasi dalam pencapaian standar sasaran keselamatan pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang berdasarkan telaah dokumen,

observasi, dan wawancara mendalam dan FGD, maka dapat dilihat pada tabel 5.37 berikut ini :

Tabel 5.37 Matrik Triangulasi tentang Implementasi Dalam Pencapaian Standar Sasaran Keselamatan Pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang

Topik	Dokumen	Observasi	Wawancara	FGD	Analisis Triangulasi
Implementasi	Sudah ada SK Dirut tentang pelaksanaan <i>Patient Safety</i> di RSUP DR. M.Djamil Padang tahun 2012. Sudah ada SPO SKP 1 s.d SKP 6 di seluruh Instalasi rawat inap. Ada laporan hasil penerapan SKP (Januari- September 2017) : - SKP1: 93% - SKP 2: 83% - SKP 3: 96% - SKP 4: 87% - SKP 5 : 81% - SKP 6 : 99% Standar:100%, Data insiden (KNC, KTD) pada TW-3 tahun2017 yaitu 7 kasus. (sumber: KMMR-2017).	Masih ada petugas yang tidak melakukan identifikasi pasien, <i>hand hygiene</i> , komunikasi efektif. Ada bukti program kegiatan diklat <i>patient safety</i> oleh Diklat. Adanya pertemuan bulanan dari Ka.Instalasi Rawat Inap beserta jajaran staf. Adanya sosialisasi SKP di ruangan dari PP dan Karu.	Implementasi kebijakan dan SPO enam SKP belum sepenuhnya terlaksana secara konsisten. Upaya RS, resosialisasi pada staf, bimbingan, pelatihan-pelatihan, <i>inhouse training</i> , expo, ujian/ osche dan uji petik. Yang bertanggung jawab terhadap implementasi enam SKP adalah semua pemberi pelayanan pasien (PPA). Saran: semua PPA harus komitmen dengan pelaksanaan regulasi yang sudah di tetapkan oleh RS, implemnetasi harus selalu dimonev.	Kebijakan dan SPO diruangan sudah ada dan sudah tersosialisasi ke seluruh staf, implementasi belum optimal dari masing-masing PPA. Masih banyak kendala yang ditemui, a.l: petugas belum terbiasa terhadap perubahan, keterbatasan tenaga, rasa tanggung jawab yang masih kurang, sarana barcode/ stiker belum mencukupi.	Implementasi kebijakan dan SPO enam SKP dari masing PPA di rawat inap RSUP.DR.M.Djamil Padang secara keseluruhan belum maksimal, disebabkan karena belum menjadi budaya bagi personilnya, fakror keterbatasan tenaga, rasa tanggung jawab yang masih kurang disertai dengan sarana dipelayanan belum mencukupi. Laporan hasil implementasi enam SKP di Januari s.d September 2017: capaian rata-rata 89% (standar 100%). Adanya data insiden (KNC, KTD) pada TW-3 tahun2017 sebanyak 7 kasus. Kebijakan dan SPO enam SKP sudah dibuat dan terarah. Upaya yang telah dilakukan RS: mengadakan resosialisasi, bimtek, pelatihan, workshop, <i>inhouse training</i> , expo, ujian/ osche dan uji petik.

Informasi yang didapatkan melalui telaah dokumen, observasi, wawancara mendalam dan FGD maka dapat diketahui bahwa kebijakan dan prosedur tentang enam sasaran keselamatan pasien sudah mengarahkan untuk pelaksanaannya di RSUP Dr. M.Djamil Padang. Informasi ini didukung dengan adanya SK Dirut tahun 2011 tentang pelaksanaan *Patient Safety* di seluruh pelayanan di RSUP DR. M.Djamil Padang terbit tahun 2011. Sudah tersedianya SPO tentang SKP 1 s.d SKP 6 di seluruh Instalasi rawat inap. Sudah adanya program Diklit RSUP DR. M.Djamil Padang terkait penyelenggaraan kegiatan

pelatihan *patien safety* yang dilaksanakan secara kesinambungan. Adanya pertemuan bulanan dari Ka.Instalasi Rawat Inap beserta jajaran stafnya membahas tentang sosialisasi SKP. Dalam implementasinya belum didukung sepenuhnya oleh petugas di tempat pelayanan terbukti belum semua PPA yang komitmen dan konsisten terhadap pelaksanaan regulasi yang sudah ditetapkan oleh direktur RS. Dibuktikan dengan adanya data laporan hasil penerapan enam SKP dari Januari-September 2017 dengan capaian SKP1: 93%, SKP 2: 83%, SKP 3: 96%, SKP 4: 87%, SKP 5 : 81%, SKP 6 : 99% (standar KARS:100%). Adanya data insiden (KNC, KTD) pada triwulan 3 tahun 2017 yaitu sebanyak 7 kasus IKP. Sangat diperlukan dukungan terhadap kecukupan jumlah SDM, sarana maupun fasilitas juga masih menjadi faktor hambatan terhadap implementasi SKP di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang.

5.4.4 Monitoring dan Evaluasi

Data observasi dan monitoring evaluasi sasaran keselamatan pasien yang dilakukan secara berkala oleh tim survey berdasarkan standar indikator yang diadopsi dari KARS versi 2012. Rekapitan hasil observasi dan monev RS dapat dilihat pada tabel 5.38 dibawah ini:

Tabel 5.38 Persentase Hasil Monitoring Dan Evaluasi Sasaran Keselamatan Pasien Triwulan1(Satu) s.d Triwulan 3 (Tiga) RSUP DR.M.Djamil Padang tahun 2017.

Enam Sasaran Keselamatan Pasien	Standar	Kondisi	Keterangan
1	2	3	
I. Identifikasi Pasien			
1 Di rumah sakit tersedia kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi pasien yang konsisten pada semua situasi dan lokasi	100%	100%	Sudah sesuai standar
2 Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas (nama dan tanggal lahir atau nomor RM), tidak menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien	100%	89%	Belum sesuai standar
3 Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah atau produk darah	100%	86%	Belum sesuai standar
4 Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis	100%	90%	Belum sesuai standar
5 Pasien rawat inap memakai gelang untuk identitas pasien dengan mencantumkan nama lengkap, nomor RM, dan tanggal lahir	100%	100%	Sudah sesuai standar
Jumlah rata-rata Score	100%	93%	Belum sesuai standar

	1	2	3	4
II Meningkatkan Komunikasi Efektif				
1	Di RS tersedia kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telpon secara konsisten. Tersedia SPO komunikasi efektif , menggunakan format SBAR	100%	100%	Sudah sesuai standar
2	Ada bukti perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telpon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah	100%	68%	Belum sesuai standar
3	Tersedia mekanisme atau prosedur bukti bahwa perintah lengkap lisan dan telpon atau hasil pemeriksaan ditulis dan dibacakan secara lengkap oleh penerima perintah	100%	68%	Belum sesuai standar
4	Tersedia daftar singkatan yang tidak boleh dipakai	100%	100%	Sudah sesuai standar
5	Tersedia SPO komunikasi efektif pada saat serah terima antar shift jaga antara perawat dengan perawat, antara perawat dengan dokter dan antara dokter dengan dokter	100%	100%	Sudah sesuai standar
6	Ada bukti pelaksanaan prosedur komunikasi efektif pada saat serah terima	100%	70%	Belum sesuai standar
7	Tersedia SPO komunikasi efektif dalam penyampaian hasil nilai kritis dan daftar hasil pemeriksaan penunjang yang kritis misal labor, radiologi	100%	100%	Sudah sesuai standar
8	Ada bukti pelaksanaan SPO komunikasi efektif dalam penyampaian hasil pemeriksaan yang mempunyai nilai kritis	100%	58%	Belum sesuai standar
Jumlah rata-rata Score		100%	83%	Belum sesuai standar
III.Peningkatan KeamananObat Yang Perlu Diwaspadai				
1	Tersedia kebijakan dan atau prosedur yang dikembangkan memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.	100%	100%	Sudah sesuai standar
2	Tersedia bukti elektrolit tidak disimpan diunit pelayanan pasien	100%	86%	Belum sesuai standar
3	Tersedia bukti bahwa elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat,misal ICU, IGD, OK	100%	100%	Sudah sesuai standar
4	Tersedia kebijakan prosedur pemberian obat dengan benar sesuai SPO	100%	100%	Sudah sesuai standar
5	Tersedia bukti pelaksanaan kebijakan /prosedur pemberian obat dengan benar- <i>read back & teach back</i>	100%	90%	Belum sesuai standar

1	2	3	4	5
6.	Tersedia daftar obat yang perlu diwaspadai / <i>high alert</i>	100%	100%	Sudah sesuai standar
	Jumlah rata-rata Score	100%	96%	Belum sesuai standar
IV.	Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien			
1	Di RS tersedia kebijakan dan prosedur yang dikembangkan guna mendukung keseragaman proses untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi/ tindakan, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi yang dilaksanakan diluar kamar operasi.	100%	100%	Sudah sesuai standar
2	Menggunakan tanda yang jelas dan dapat dimengerti untuk mengidentifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien didalam proses penandaan, serta diberikan oleh dokter yang akan melakukan operasi	100%	80%	Belum sesuai standar
3	Menggunakan <i>surgical patient safety checklist</i> untuk memverifikasi saat preoperasi, tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional	100%	78%	Belum sesuai standar
4	Tersedia prosedur pengecekan untuk mencegah tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien saat operasi (instrumen, kassa)	100%	100%	Sudah sesuai standar
5	Ada bukti pelaksanaan pengecekan untuk mencegah tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien saat operasi	100%	100%	Sudah sesuai standar
	Jumlah rata-rata Score	100%	87%	Belum sesuai standar
V.	Pengurangan Resiko Infeksi Terkait Pelayanan kesehatan			
1	RS mengadopsi pedoman hand hygiene terbaru 6 (enam) langkah yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (<i>WHO Patient Safety</i>)	100%	100%	Sudah sesuai standar
2	Tersedia kebijakan dan atau prosedur yang dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan	100%	100%	Sudah sesuai standar
3	Tersedia fasilitas cuci tangan secara memadai	100%	55%	Belum sesuai standar
4	Tersedia bukti pelaksanaan secara konsisten kepatuhan cuci tangan 5 (lima) moment	100%	70%	Belum sesuai standar
	Jumlah rata-rata-Score	100%	81%	Belum sesuai standar

1	2	3	4	5
VI. Mengurangi Resiko Jatuh	Pasien Cedera akibat			
1 Tersedia kebijakan dan atau prosedur yang dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan resiko berkelanjutan: pasien cedera akibat jatuh.		100%	100%	Sudah sesuai standar
2 Menerapkan proses asesmen awal risiko pasien jatuh dan melakukan asesmen ulang bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan dll		100%	100%	Sudah sesuai standar
3 Tersedia bukti bahwa langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi resiko pasien cedera akibat jatuh bagi pasien yang pada hasil asesmen dianggap beresiko jatuh (diberi penandaan pada pasien yang dianggap beresiko jatuh)		100%	100%	Sudah sesuai standar
4 Tersedia bukti langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedra akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan		100%	96%	Belum sesuai standar
Jumlah rata-rata Score		100%	99%	Belum sesuai standar

(Sumber: Data primer dari KMMR yang diolah, tahun 2017)

Dari data monev diatas dapat diketahui bahwa masih ada angka yang belum mencapai target yang diharapkan sesuai standar KARS. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi dari penerapan enam sasaran keselamatan pasien diRSUP Dr. M.Djamil Padang sudah menggunakan format yang terstandar dalam pengumpulan data monev setiap bulannya. Rekap pencatatan dan pelaporan enam sasaran keselamatan pasien dilakukan secara berkala dan divalidasi oleh sub komite KPRS untuk diteruskan ke Dirut.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dari beberapa informan tentang monitoring dan evaluasi dalam penerapan upaya pencapaian standar sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang didapatkan informasi sebagai berikut :

“..Yang dilibatkan dalam monitoring dan evaluasi dalam penerapan SKP biasanya banyak dari perawat dan medis, dari profesi lainnya tetap juga kita libatkan. Jadwal monev dalam satu tahun disusun oleh komite KMMR sebagai koordinator mutu keselamatan pasien di RS ini. Untuk pencatatan sampai pelaporannya sudah ada semua di KMMR dan selalu dilaporkan ke direktur sebagai salah satu indikator IKI Dirut...”(if.1)

“..Pelaksanaan monitoring dan evaluasi di rawat inap mulai dari Ka. Instalasi sampai ke Karu. Juga ada pengumpul data laporan dari tiap Instalasi. Tim monev yang ditunjuk dari RS yaitu KMMR, tim asesor internal, komite PPI dan komite K3RS. Untuk jadwal asesor internal dua kali seminggu, tiap Selasa dan Kamis. Monev dari unit kerja setiap hari, untuk pelaporannya diserahkan ke KMMR setiap bulan. Jadwal monev dari mutu/ KMMR bisa sewaktu-waktu, bisa kapan saja. Laporan monev disampaikan ke direktur setiap bulan oleh penanggungjawab mutu..”(if.2)

“..Pelaksana/ penanggung jawab monev penerapan SKP atau IKP di rawat inap mulai dari Ka. Instalasi sampai ke Karu. Sudah ada ditunjuk personnya sebagai pengumpul data monev dan validatornya. Pengumpul data melakukan pencatatan hasil monev sesuai dengan format dan rumus indikator mutu yang dari KMMR, data divalidasi lagi oleh Ka. SPF diketahui oleh ka. Instalasi untuk dikirim ke KMMR..”(if.3)

“..Untuk monev lebih banyak terlibat dari profesi keperawatan. Dari masing-masing ruangan kita punya pengumpul data dan validator. Pencatatan hasil monev sesuai dengan format dan rumus indikator mutu dari KMMR. Data divalidasi dulu oleh validator ruangan, direkap 1 kali sebulan oleh pengumpul data untuk diserahkan ke KMMR..”(if.4)

“..Pelaksanaan monitoring dan evaluasi terkait penerapan sasaran keselamatan pasien selama ini sudah jalan dan selalu dilakukan setiap bulan. Untuk monev di rawat inap itu umumnya ditunjuk dari keperawatan. Laporan rekap data yang sudah dikumpulkan oleh pengumpul data di validasi oleh Ka. SPF, terakhir di tanda tangani oleh PIC nya yaitu Ka. Instalasi, dikirim ke KMMR..”(if.5)

“..Yang memonev indikator mutu terkait SKP ditunjuk langsung oleh Ka. Instalasi. Laporan hasil monev direkap oleh pengumpul data, divalidasi dan dikirim ke komite mutu. Karu setiap hari melakukan monev dan supervisi ke seluruh ruangan untuk mengevaluasi penerapan SKP..”(if.6)

“..Hasil data monev disatukan, baik dari PIC, IPCLN, dan champion. Setiap bulan direkap dari hasil pengumpulan data harian oleh pengumpul data lalu divalidasi oleh validator. Untuk laporan data tahunan dibuat oleh Ka SPF..”(if.7)

“..Keperawatan lebih banyak terlibat dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi SKP. Dari masing-masing ruangan kita sudah punya pengumpul data dan validatornya. Pengumpul data melakukan pencatatan hasil monev setiap hari sesuai dengan format yang diberikan oleh KMMR, ini selalu dilakukan setiap bulan, kemudian hasil rekap tersebut dikirim ke KMMR..”(if.8)

“..Kalau untuk di keperawatan monevnya sudah jalan. Kalau profesi farmasi mungkin masih kurang. Sarannya, untuk monev sebaiknya lebih intens, perlu adanya rapat koordinasi dari 4 PPA ini, agar satu persepsi apa yang sudah menjadi hasil rapat dan segera untuk ditindaklanjuti..” (if.9)

“..Pelaksanaan monev terkait penerapan SKP sudah jalan dan selalu dilakukan rekap laporannya setiap bulan setelah datanya dikumpulkan setiap hari. Untuk monev di rawat inap biasanya ditunjuk dari profesi keperawatan. Laporan rekap data yang sudah dikumpulkan oleh pengumpul data lalu di validasi oleh Ka. SPF, di tanda tangani oleh Ka. Instalasi dikirim ke KMMR..”(if.10)

Berikut ini disajikan matrik yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam tentang monitoring dan evaluasi dalam penerapan upaya pencapaian standar sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang, dapat dilihat pada tabel 5.39 berikut ini :



Tabel 5.39 Matrik Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Tentang Monitoring dan Evaluasi dalam Penerapan Pencapaian Standar Sasaran Keselamatan Pasien Di RSUP DR.M.Djamil Padang Tahun 2017

Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Informan 8	Informan 9	Informan 10	Kesimpulan
Pelaksanaan monitoring dan aluasi penerapan SKP sudah terlaksana dari eperawatan dan edis. Hasil monev SKP dilaporkan eh ketua KMMR e direktur utama ebagai indikator IKI Dirut.	Penanggung jawab monev di rawat inap: SKP Ka.Instalasi, PP, Laporan monev bulanan Karu. Instalasi Pengumpul dan validator sudah ditunjuk. Laporan monev diserahkan setiap bulan ke KMMR.	P.J Monev penerapan SKP IKP: Karu. Instalasi sampai validator sudah ditunjuk. Laporan monev diserahkan setiap bulan ke KMMR.	Penilaian indikator dan dilakukan Ka. setiap bulan. Dari masing ruangan punya data validator. Data direkap kali sebulan	Pelaksanaan monev di RS sudah berjalan. Laporan direkap setiap bulan. Rekap data yang sudah dikumpulkan an 1 validasi oleh SPF, tanda tangani oleh PIC Instalasi	PIC monev indikator mutu adalah Ka. Instalasi. Hasil monev direkap data oleh pengumpu di l data, divalidasi Ka. oleh di Ka.SPF dan dikirim ke PIC komite Ka. mutu	Data monev diambil dari indikator mutu, IPCLN. Data direkap per bulan sesuai format laporan dari KMMR.	Profesi keperawata nbanyak dilibatkan sebagai monev SKP. Hasil pencatatan, pelaporann dikirim rutin KMMR	Kegiatan monev sudah berjalan cukup baik. Saran: tim kegiatan monev lakukan rapat koordinasi dengan 4 PPA ke terkait hasil monev	Pelaksanaan monev sudah ber jalan. Rekap laporan monev setiap bulan. data dikirim ke KMMR.	Secara pelaksanaan SKP inap RSUP DR. Padang sudah Pencatatan dan data monev suda Tim monev yang RS: Ka. Instalasi internal, tim KMM pencatatan dan monev dikump KMMR setiap bula

Keterangan Informan:

1. Informan 2 = Sub Komite KPRS
2. Informan 3 = Pengawas Perawatan Kebidanan
3. Informan 4 = Pengawas Perawatan Anak
4. Informan 5 = Pengawas Perawatan Penyakit Dalam
5. Informan 6 = Pengawas Perawatan Bedah
6. Informan 7 = Kepala Ruangan Kebidanan
7. Informan 8 = Kepala Ruangan Anak
8. Informan 9 = Kepala Ruangan Penyakit Dalam
9. Informan 10 = Kepala Ruangan Bedah

Hasil FGD tentang moitoring dan evaluasi dalam penerapan upaya pencapaian standar sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP DR.

M.Djamil Padang didapatkan informasi sebagai berikut:

“..Monitoring dan evaluasi sudah ada tapi mungkin belum terjadwal. Ada peningkatan dibanding sebelumnya, apalagi ada hubungan dengan nilai IKI kita juga remunerasi. Karena di dalam IKI ada poin-poin penilaian Sasaran Keselamatan Pasien.”(ifg.1)

“..Kalau farmasi yang memonev itu ada PJ, Ka.Instalasi, sekretaris, PJ gudang. Sekali sebulan bergantian, nanti turun ke lapanagn untuk melihat betul atau tidaknya implementasi. Dari hasil temuan mereka tindak lanjuti, dan hasilnya disampaikan pada saat rapat bulanan ..”(ifg.2)

“..Kalau ahli gizi sebagai penanggungjawab di satu bangsal, yang monevnya adalah Penanggung Jawab ahli Gizi. Yang dimonev biasanya tentang kebenaran identifikasi pasien dan ketersediaan barcode serta MR..”(ifg.3)

“..Kalau monev dilakukan pas akrediatasi hasil implementasinya meningkat, tapi kalau dalam keadaan normal sekarang ada yang berjalan ada yang tidak..”(ifg.4)

“..Sarannya kalau yang sudah ada terjadwal kunjungan tadi mungkin lebih meningkatkan lagi dan dijalankan kembali jadwalnya supaya kita tahu seperti apa pencapaiannya..”(ifg.5)

“..Kalau yang monev SKP itu mulai dari PP, Karu, Ka.SPF ada bersama dengan PPI, ada juga dari KMMR. Yang buat laporannya ya Karu atau PP (ifg.6)

“..Kalau kami di ruang Bedah sudah terjadwal, biasanya yang sering melakukan monev terkait SKP itu dari komite PPI..”(ifg.7)

Keterangan informan FGD:

1. Informan FGD 1 = Dokter
2. Informan FGD 2 = Apoteker
3. Informan FGD 3 = Ahli Gizi
4. Informan FGD 4 = Perawat Anak
5. Informan FGD 5 = Perawat Penyakit Dalam
6. Informan FGD 6 = Perawat Kebidanan
7. Informan FGD 7 = Perawat Bedah

Matrik triangulasi tentang monev dalam penerapan upaya pencapaian standar sasaran keselamatan pasien oleh PPA di rawat inap RSUP Dr. M.Djamil

Padang berdasarkan telaah dokumen, observasi, dan wawancara mendalam dan FGD, maka dapat dilihat pada tabel 5.40 berikut ini:

Tabel 5.40 Matrik Triangulasi tentang Monev Dalam Penerapan Pencapaian Standar Sasaran Keselamatan Pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang

Topik	Dokumen	Observasi	Wawancara	FGD	Analisis Triangulasi
Monev	Ada dokumen laporan monev SKP bulanan dan monev tim asesor di sub komite KPRS. Ada rekap pencatatan pelaporan SKP secara berkala oleh sub komite KPRS. Ada hasil rekap data monev: penerapan SKP dari Januari-September 2017: 89%	Ada hasil penerapan SKP tercantum di IKI masing-masing petugas di ruangan. Ada bukti format yang sudah terstandar untuk pengumpulan data diruangan. Ada bukti surat pengiriman data laporan dari Instalasi ke KMMR/ Sub komite KPRS. Ada jadwal monev dari KMMR. Belum ada jadwal rutin supervisi Karu di ruangan.	Pelaksanaan monitoring dan evaluasi terkait program penerapan sasaran keselamatan pasien oleh masing-masing PPA di rawat inap RSUP DR.M.Djamil Padang sudah berjalan. Tim monev yang ditunjuk mulai dari ka. Instalasi, asesor internal, tim KMMR. Rekap data monev harian yang sudah dikumpulkan dari ruangan, di validasi oleh Ka.SPF ruangan, di tanda tangani oleh PIC yaitu Ka. Instalasi dan laporan dikirim setiap bulan ke KMMR	Monitoring dan evaluasi SKP sudah terlaksana. Sebagian ada yang belum terjadwal diruangan. Penerapan SKP dikaitkan dengan nilai IKI petugas/profesi. Sarannya, kunjungan monev agar lebih ditingkatkan dan dijalankan	Pelaksanaan monev terkait program penerapan 6 SKP oleh masing-masing PPA di rawat inap RSUP DR.M.Djamil Padang sudah terlaksana dengan menggunakan format pengumpulan data yang sudah terstandar. Tim monev yang ditunjuk mulai dari ka. Instalasi, asesor internal, tim KMMR. Adanya bukti pencatatan pelaporan hasil monev di KMMR dalam bentuk dokumen laporan bulanan dari seluruh ruangan disertai surat pengiriman. Rekap pencatatan pelaporan SKP secara berkala dibuat oleh sub komite KPRS untuk dikirim ke Dirut. Hasil monev dari capaian SKP di Januari-September 2017: rata-rata 89%

Dari informasi yang didapatkan melalui telaah dokumen, observasi, wawancara mendalam dan FGD maka dapat diketahui bahwa pelaksanaan monitoring dan evaluasi dari penerapan enam sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP Dr. M.Djamil Padang sudah berjalan sesuai standar akreditasi. Informasi ini didukung dengan adanya format pencatatan dan pelaporan yang sudah terstandar untuk pengumpulan data monev. Adanya bukti pencatatan pelaporan di KMMR yaitu, dokumen laporan bulanan dari seluruh ruangan disertai surat pengirimannya setiap bulan, dokumen rekap pencatatan pelaporan SKP secara berkala yang sudah divalidasi oleh sub komite KPRS untuk diteruskan ke Dirut. Dari masing ruangan sudah

mempunyai pengumpul data dan validator. Tim monev yang sudah ditunjuk sebagian besar berasal dari profesi keperawatan dan profesi medis mulai dari Ka. Instalasi beserta jajarannya, asesor internal, tim KMMR, tim komite PPI. Sudah ada kebijakan dari RS bahwa hasil monev SKP juga dikaitkan kepada nilai Indikator Kinerja Individu (IKI) seluruh petugas dan juga untuk bahan laporan berkala dari KMMR ke direktur utama sebagai salah satu nilai indikator kinerja individu (IKI) Dirut. Dari saran yang disampaikan, perlunya kesinambungan dari kegiatan monev yang sudah terjadwal karena sangat berpengaruh terhadap tingkat pencapaian nilai penerapan SKP yang harus diketahui oleh semua PPA.

5.5 Komponen Output

Output merupakan kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berfungsinya proses dalam sistem. Keluaran merupakan hasil langsung dari suatu sistem. Salah satu efektifitas suatu organisasi dapat dinilai dari cakupan pelaksanaan program. Efektifitas adalah pencapaian sepenuhnya seperti yang diinginkan, setidaknya berusaha untuk mencapai hasil semaksimal mungkin. Berikut dapat dilihat hasil langsung dari elemen pencapaian program keselamatan pasien pada tabel 5.41 dibawah ini:

Tabel 5.41: Hasil Pencapaian Program Keselamatan Pasien Di RSUP.DR.M.djamil Padang Tahun 2017.

No	Elemen Pencapaian Program Keselamatan Pasien	Standar KARS	Kondisi	Faktor Penyebab
1	2	3	4	5
1.	Angka insiden (KTD)	0 insiden	1 insiden	Kesalahan <i>dispensing</i> obat di depo Farmasi
2.	Angka insiden (KNC)	0 insiden	6 insiden	Salah ID 2 kasus, tidak ada ID 2 kasus, tidak dilakukan verifikasi hasil labor 1 kasus, darah transfusi lewat masa E.D 1 kasus
3.	Penerapan enam SKP: a. SKP 1	(100%) 100%	(89%) 93%	a. Ketersediaan stiker tidak continue. b. Kurangnya pemahaman petugas tentang pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien

1	2	3	4	5
	b. SKP 2	100%	83%	a. Konfirmasi belum menjadi Budaya b. Tanda tangan konfirmasi DPJP sistim borongan c. Alur pelaporan (system berjenjang) d. Pemahaman terhadap SPO TBaK kurang e. Hand over tidak terlaksana dengan maksimal f. Proses penggantian (alih DPJP) belum berjalan g. DPJP tidak visite setiaphari dan pada hari libur. h. DPJP tidak mau menerima telpon di luar jam kerja di beberapa ruangan
	c. SKP 3	100%	96%	a. Pemahaman terhadap SPO double check saat pemberian obat high alert masih kurang dan belum menjadi budaya b. Jumlah tenaga yang dinas terbatas terutama pada sift malam.
	d. SKP 4	100%	87%	a. Pemahaman tentang definisi operasional penerapan keselamatan operasi masih kurang b. Pelaksanakan <i>sign in</i> , <i>timeout</i> , dan <i>sign out</i> ada yang belum sesuai standar
	e. SKP 5	100%	81%	a. Kepatuhan dalam menjalankan SPO belum menjadi budaya. b. Kesadaran petugas menerapkan kebersihan tangan masih kurang
	f. SKP 6	100%	99%	a. Fasilitas di ruangan kurang lengkap, (hand rail, bel) b. Kurang pengawasan petugas terhadap pasien c. Rasio antara jumlah petugas dan jumlah pasien tidak seimbang. d. Penerapan asesmen risiko jatuh tidak maksimal

(Sumber : Laporan Komite KPRS RSUP DR.M.Djamil Padang tahun 2017.)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dari beberapa informan tentang output dari penerapan upaya pencapaian standar sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang didapatkan informasi sebagai berikut :

“..Capaian hasil monev di lapangan berfluktuasi dari waktu ke waktu, apabila pelaksanaan ini sempat terhenti maka nilainya langsung berdampak turun. Mulai dari tingkat manajemen beserta jajarannya yang terlibat di dalamnya perlu turun ke lapangan secara rutin, hal ini langsung bersentuhan kepada 4 PPA, jika terdapat permasalahan di lapangan langsung ditindaklanjuti..”(if.1)

“..Untuk nilai kepatuhan petugas terkait Pasien Safety, targetnya adalah 100%, tetapi belum mencapai target yang diharapkan. Untuk tercapainya mutu dan keselamatan pasien di RS itu komitmen yang pertama itu adalah pimpinan dari atas sampai ke level paling bawah. Kepatuhan petugas perlu dimonev, agar implementasi berjalan dengan konsisten. Upaya KMMR sudah sering melakukan rapat dengan unit-unit kerja maupun para DPJP dan profesi lainnya..”(if.2)

“..Hasil dari pencapaian program enam sasaran keselamatan pasien ditempat kita sudah terlaksana cukup baik karena targetnya sudah lebih 80%. Proses penyelesaian masalah di lapangan yang masih tersendat. Sarannya semua keluhan terkait masalah di pelayanan seharusnya diatasi secepatnya atau ada tindaklanjutnya. Tim monev dari RS harus dijalankan secara rutin..”(if.3)

“..Angka-angka pencapaian SKP kadang-kadang tercapai. Dari angka-angkanya jika dibandingkan dengan hasil penelitian mahasiswa praktek yang melakukan pengumpulan data, justru hasilnya berbeda ada penurunan. Sarannya perlu lakukan upaya peningkatan penerapan Patient Safety agar bisa jalan optimal...(if.4)

“..Untuk pencapaian implementasi Patient Safety ini rasanya mungkin belum sesuai dengan target yang diharapkan. Sarannya mungkin kita harus lebih sering melakukan monev, resosialisasi di semua lini dan kesemua profesi, ini akan merangsang kepedulian dari masing-masing mereka..”(if.5)

“..Kalau target kita untuk 6 SKP sudah terlaksana, secara keseluruhan. Awalnya dari bulan ke bulan capaian kita kan 76%, kemudian naik lagi menjadi 83%. Sarannya, yang penting lakukan resosialisasi ke DPJP, kemudian penambahan SDM, peningkatan frekuensi pelatihan dan monev. Yang perlu dilibatkan dalam perbaikan ini adalah DPJP, KMMR, diklat, dari K3RS...”(if.6).

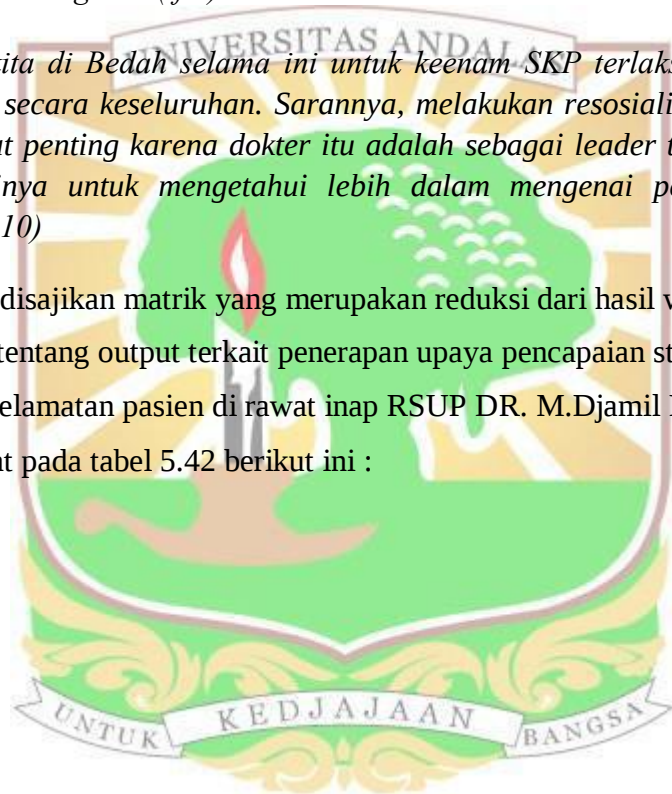
“..Pelaksanaan SKP ini rasanya sudah terlaksana dengan baik, mungkin prosesnya yang perlu ditingkatkan seperti monev dan pengumpulan data saya rasa sudah baik, kira-kira capaiannya lebih dari 80%, pelaksanaannya sudah intens setiap bulan, tapi mungkin ada beberapa kendala dalam prosesnya yang masih tersendat seperti pengadaan kebutuhan sarana, tenaga..’(if.7)

“..Kalau di bangsal Anak angka-angka target pencapaian SKP sudah hampir tercapai, lebih 80%. Sarannya barangkali perlu dilakukan peningkatan yang berkelanjutan terhadap penerapan Patient Safety dari semua petugas agar target yang diharapkan dapat terpenuhi. Jadi semua kita harus sama-sama terlibat serta menyadari bahwa Patient Safety itu penting untuk peningkatan mutu RS..”(if.8)

“..Kalau sesuai target belum buk. Jadi melalui proses supervisi tadi yang terus kita laksanakan diruangan, kalau tidak ada supervisi sepertinya kendor lagi. Sarannya, mungkin kita perlu cari inovasi baru supaya staf ini betul betul menjadi budaya dan bukan karena adanya pengawasan. KMMR kita perlu juga supervisi ke ruangan..”(if.9)

“..Target kita di Bedah selama ini untuk keenam SKP terlaksana cukup baik, tapi belum secara keseluruhan. Sarannya, melakukan resosialisasi ke DPJP itu yang sangat penting karena dokter itu adalah sebagai leader tim di pelayanan, wajib baginya untuk mengetahui lebih dalam mengenai pentingnya pasien safety..”(if.10)

Berikut ini disajikan matrik yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam tentang output terkait penerapan upaya pencapaian standar sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang, dapat dilihat pada tabel 5.42 berikut ini :



Tabel 5.42 Matrik Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Tentang Output Penerapan Pencapaian Standar Sasaran Keselamatan Pasien Di RSUP DR.M.Djamil Padang Tahun 2017

Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Informan 8	Informan 9	Informan 10	Kesimpulan
Hasil capaian penerapan SKP berfluktuasi. Kegiatan monev ngat berpengaruh Terhadap nilai capaian SKP. ran: perlu monev secara rutin dari ngkat manajemen beserta jajaran.	Nilai kepatuhan petugas sesuai 100% kejadian jatuh. Saran: ada komitmen dari pimpinan untuk terpenuhi kebutuhan dari unit kerja	Hasil penerapan enam SKP sudah dan pasien terlaksana 0%. cukup baik, capaian lebih 80%. di masalah pelayanan seharusnya di tindaklanjuti oleh pengambil keputusan	Nilai pencapaian SKP belum sesuai target. Semua profesi belum semua menyadari pentingnya <i>Patient Safety</i> untuk peningkatan mutu	Pencapaian implementasi KP SKP sudah terlaksana sesuai target. Saran, kegiatan monev ditingkatkan, lakukan resosialisasi di semua lini profesi.	Target capaian KP SKP sudah terlaksana dengan Saran, yang penting lakukan resosialisasi DPJP, penambah an SDM, peningkatan frekuensi pelatihan dan monev.	Pelaksanaan SKP sudah terlaksana dengan Capaian lebih dari 80%, pelaksanaan ke monev sudah intens setiap bulan. Kendala: dalam pengadaan kebutuhan sarana, tenaga	Target pencapaian SKP hampir tercapai, lebih dari penerapan <i>Patient Safety</i> semua petugas perlu ditingkatkan	Capaian belum target. Supervisi selalu dilaksanakan. Saran: dicari inovasi menjadi budaya semua KMMR supervisi ruangan secara intens.	SKP Penerapan sesuai secara keseluruhan sudah terlaksana, belum sesuai target. Sudah ada peningkatan capaian : agar Saran: perlu dilibatkan sebagai leader tim di pelayanan. perlu ke	SKP Secara pelaksanaan progr SKP di rawat in terlaksana. Hasil program belum standar (100%). monev langsung b terhadap nilai capa DPJP Upaya untuk p terpenuhi kebutuh dan pengadaan s unit kerja, t monev, res kesemua profesi keterlibatan penuh perbaikan mutu: KPRS, KMMR, P dan K3RS.

Keterangan Informan:

1. Informan 2 = Sub Komite KPRS
2. Informan 3 = Pengawas Perawatan Kebidanan
3. Informan 4 = Pengawas Perawatan Anak
4. Informan 5 = Pengawas Perawatan Penyakit Dalam
5. Informan 6 = Pengawas Perawatan Bedah
6. Informan 7 = Kepala Ruangan Kebidanan
7. Informan 8 = Kepala Ruangan Anak
8. Informan 9 = Kepala Ruangan Penyakit Dalam
9. Informan 10 = Kepala Ruangan Bedah

Hasil FGD tentang output terkait penerapan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang didapatkan informasi sebagai berikut:

“..Sudah ada peningkatan nilai capaiannya dibanding sebelumnya. Sarannya keterlibatan semua pihak, tanggungjawab masing-masing kita untuk bisa memahami bahwa standar keselamatan pasien itu bisa menjadi budaya kita sehari-hari. Sebagai petugas medis memang harus menjadi tanggungjawab dan kebiasaan kita..”(ifg.1)

“..Kita dari farmasi ini kan penunjang pelayanan. Lini pertamanya pelayanan pasien itu tentu dokter atau DPJP, jadi kita mohon sekali hendaknya ada keteraturan dari DPJP dalam menjalankan pelayanan contohnya dalam pengresepkan di kartu instruksi obat (KIO) pasien..”(ifg.2)

“..Kalau kita dari gizi nilai capaian SKP 1 dan SKP 5 sudah ada peningkatan dibanding sebelum akreditasi. salah satu cara untuk perbaikan yaitu kita mengadakan resosialisasi melalui rapat rutin Instalasi buat semua staf itu biasanya dilakukan sekali sebulan..”(ifg.3)

“..Kalau pencapaian target SKP saat pelaksanaan acara akreditasi memang hasilnya sangat bagus sekali, tapi setelah kembali keadaan normal sekarang ada yang berjalan ada yang kurang jalan buk.. (ifg.4)

“..Hasil pelaksanaan masih belum semuanya mencapai target 100% bu, karena masih ada sarana yang belum terpenuhi seperti barcode/ stiker identitas pasien sering kosong, wastafel, hand raill ada yang belum terpasang di kamar mansi pasien, safety box, tisu untuk cuci tangan masih sering kosong pengadaannya, akhirnya motivasi kita bisa jadi menurun. Seharusnya RS memenuhi segala kebutuhan yang sangat berkaitan dengan pasien safety..”(ifg.5)

“..Kalau targetnya memang harus 100%, tetapi dari beberapa profesi lain masih ada yang belum konsisten dalam penerapan SKP, ini juga akan mempengaruhi nilai capaian kita diruangan, jadi menurun lagi...”(ifg.6)

“..Kalau di Bedah capaian target pelaksanaannya cukup baik sudah diatas 80%. Sudah mulai kita ke empat profesi diruangan melaksanakannya. Tim yang terjadwal melakukan monev dan supervisi kelapangan yaitu dari komite PPI. Kita selalu diberi resosialisasi di ruangan juga ada dari Diklat..”(ifg.7)

Keterangan informan FGD:

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Informan FGD 1 = Dokter | 6. Informan FGD 6 = Perawat Kebidanan |
| 2. Informan FGD 2 = Apoteker | 7. Informan FGD 7 = Perawat Bedah |
| 3. Informan FGD 3 = Ahli Gizi | |

4. Informan FGD 4 = Perawat Anak
5. Informan FGD 5 = Perawat Penyakit Dalam

Matrik triangulasi tentang output dalam penerapan sasaran keselamatan pasien oleh PPA di rawat inap RSUP Dr. M.Djamil Padang berdasarkan telaah dokumen, observasi, dan wawancara mendalam dan FGD, maka dapat dilihat pada tabel 5.43 berikut ini:

**Tabel 5.43 Matrik Triangulasi tentang Output Dalam Penerapan
Sasaran Keselamatan Pasien di RSUP Dr. M.Djamil Padang**

Topik	Dokumen	Observasi	Wawancara	FGD	Analisis Triangulasi
Output	Ada dokumen laporan hasil capaian SKP di KMMR dan laporan survey PPI setiap bulan dan berkala. Adanya laporan capaian SKP dan indikator mutu dari ruangan sampai semester 1 2017 , rata-rata capaian 89%, standar KARS:100% Ada laporan 7 kasus insiden (KTD & KNC)	Adanya bukti rapat di instalasi, rapat koordinasi KMMR dengan unit kerja membahas hasil capaian SKP. Ada jadwal kunjungan dari komite mutu/ KMMR dan komite PPI untuk supervisi ke ruangan. Masih ada profesi yang belum konsisten menerapkan SKP sesuai standar.	Pelaksanaan program enam SKP di rawat inap sudah terlaksana. Secara keseluruhan hasil belum mencapai target sesuai standar (100%). Capaian target langsung berdampak turun, jika monev terhenti. Upaya perbaikan; terpenuhinya kebutuhan di unit kerja seperti kebutuhan SDM dan sarpras, intens dalam pelaksanaan monev, resosialisasi kesemua profesi. Yang berperan penting dalam perbaikan adalah DPJP, KMMR, PPI, diklat, dan K3RS	Pencapaian target SKP belum 100%, Masih ada profesi yang belum konsisten dalam penerapan SKP sehingga mempengaruhi nilai capaian diruangan. Saran: supervisi perlu digiatkan kembali.	Pelaksanaan program enam SKP di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang, belum seluruhnya mencapai target yang diharapkan, rata-rata capaian 89%, standar yang ditetapkan untuk angka kepatuhan dalam penerapan SKP (100%) . Ada laporan 7 IKP (KTD & KNC) standar (0%)). Perlu upaya perbaikan seperti kecukupan SDM, ketersediaan sarana prasarana, pelaksanaan monev, resosialisasi Perlu keterlibatan untuk perbaikan dari berbagai unsur, unit kerja dan semua profesi (PPA/ DPJP, KMMR, PPI, diklat, dan K3RS)

Dari informasi yang didapatkan melalui telaah dokumen, observasi, wawancara mendalam dan FGD maka dapat diketahui bahwa laporan hasil/ output dari penerapan enam sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP Dr. M.Djamil Padang sudah terlaksana, dimulai dari unit instalasi, komite KMMR, komite PPI, sampai ke unsur manajemen. Informasi ini didukung dengan adanya bukti dokumen laporan hasil capaian penerapan enam SKP di KMMR dan hasil survey dari PPI setiap bulan, berkala maupun tahunan dan laporan tersebut dikirim ke direktur. Adanya kegiatan rapat yang dilaksanakan oleh instalasi, KMMR yang membahas hasil capaian SKP secara berkala, maupun tahunan.

Ada jadwal kunjungan/ survey dari komite mutu dan PPI untuk supervisi ke ruangan. Namun angka capaian SKP belum sesuai standar yang diharapkan , rata-rata hasil capaian pada semester 1 tahun 2017 yaitu 89,98%. Perlu keterlibatan untuk perbaikan dari berbagai unsur, unit kerja dan semua profesi seperti PPA/ DPJP, KMMR, PPI, diklat, dan K3RS.



BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Dalam melakukan penelitian, ada beberapa kendala yang ditemui, diantaranya yang menjadi keterbatasan dalam penelitian yaitu sebagai berikut:

1. Informasi yang di peroleh pada saat penelitian hasilnya sangat di pengaruhi oleh persepsi, pemahaman dan pengalaman informan terhadap substansi pertanyaan yang di ajukan oleh peneliti, serta suasana pada saat wawancara berlangsung.
2. Masih kurangnya pengalaman dan kemampuan peneliti dalam melakukan analisa terhadap variabel yang diteliti.
3. Sulitnya mencari kesesuaian waktu untuk pelaksanaan wawancara mendalam karena kesibukan para informan dalam menjalankan tugasnya sehingga terjadi keterlambatan dalam penyusunan data.
4. Pelaksanaan FGD tertunda dari jadwal yang direncanakan karena menyesuaikan dengan jadwal dinas dari masing-masing peserta diskusi

6.2 Pembahasan Hasil Penelitian

6.2.1. Kompenen Input

a. Kebijakan

Kebijakan adalah aturan tertulis yang merupakan keputusan formal organisasi, yang bersifat mengikat, yang mengatur perilaku dengan tujuan untuk menciptakan tata nilai baru dalam masyarakat. Kebijakan akan menjadi rujukan utama para anggota organisasi atau anggota masyarakat dalam berperilaku. Kebijakan dalam penerapan standar sasaran keselamatan pasien ini telah diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/ 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, bahwa setiap rumah sakit diwajibkan melaksanakan dan menerapkan manajemen keselamatan pasien.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan diketahui bahwa RSUP Dr. M.Djamil Padang telah membuat regulasi berupa kebijakan internal rumah sakit tentang penerapan standar sasaran keselamatan pasien yang berpedoman kepada Kemenkes Panduan serta buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien. Peraturan dimaksud dan hasil pembuatannya telah diterapkan di rumah sakit ini sejak tahun 2012.

Menurut Donabedian (1980), pada pendekatan input atau struktur, pemerintah perlu mengatur perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu seluruh aspek sumber daya kesehatan. Beberapa peraturan yang telah dikeluarkan pemerintah mengenai standar penyelenggaraan pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit dapat digunakan sebagai acuan dalam mengatur perencanaan, pengadaan, pendayagunaan maupun pengawasan mutu. Dalam hal ini RS maupun pelayanan kesehatan sangat diperlukan suatu kebijakan tertulis untuk mengatur terselenggaranya pelayanan kesehatan yang berkualitas. Dalam pelaksanaan kegiatan dilapangan khususnya di unit rawat inap terlihat masih ada petugas yang belum sesuai dengan kebijakan dan buku pedoman seperti penulisan identitas pasien belum seragam antara yang tertera pada gelang pasien dengan stiker di rekam medik pasien.

Penelitian ini berbeda dengan penelitian Dewi Anggraeni tahun (2014, bahwa penerapan kebijakan keselamatan pasien oleh pihak rumah sakit X Malang sudah sesuai dengan strategi PMK No.1691/ tahun 2011. Begitu juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Meliana Handayani di Rumah Sakit Stella Maris Makassar tahun 2014 bahwa penerapan kebijakan dan pedoman keselamatan pasien di Rumah Sakit merupakan suatu hal yang penting dan ini sudah sesuai dengan rujukan pusat.

Kebijakan internal yang telah dibuat oleh RSUP DR.M.Djamil Padang juga sudah disosialisasikan kepada seluruh satuan unit kerja dilingkungan rumah sakit inisejak pembentukan tim KPRS tahun 2012. Dilanjutkan dengan adanya komitmen dari semua petugas terhadap pelaksanaan *patien safety* melalui acara penganangan RS sebagai rumah sakit yang terakreditasi dengan mengutamakan keselamatan pasien. Hal ini dibuktikan berdasarkan telaah dokumen dan observasi berupa tersedianya beberapa regulasi RS yang diadop dari pusat tentang kebijakan Keselamatan Pasien, adanya SK Dirut No.177 tahun 2012 tentang kebijakan Keselamatan Pasien di RSUP Dr.M.Djamil Padang. Sudah adanya SK penanggung jawab program Keselamatan Pasien RS (KPRS) di KMMR dan ada bentuk bukti fisik kegiatan yang telah dilaksanakan oleh RS dalam menggalakkan kebijakan program *patien safety* seperti sosialisasi enam sasaran keselamatan pasien (SKP), expo akreditasi, pelatihan terkait keselamatan pasien, workshop enam sasaran keselamatan pasien. Kegiatan sub komite keselamatan pasien juga melekat di rencana strategi rumah sakit tahun 2015-2019 dan di rencana anggaran

kegiatan tahunan (RAK). Kebijakan ini sudah ditindaklanjuti melalui rencana kerja tahunan yang mengarah langsung kepada program mutu dan keselamatan pasien rumah sakit dan merupakan salah satu indikator kinerja dirut, karena nilai indikator sasaran keselamatan pasien merupakan salah satu cerminan dari mutu RS.

Program keselamatan pasien di RSUP DR. M.Djamil Padang termasuk salah satu program prioritas karena merupakan rumah sakit pemerintah, pusat rujukan tersier (level-3), RS pendidikan utama dengan tipe A dan terakreditasi nasional dengan paripurna tahun 2016. Pihak manajemen memandang bahwa kebijakan ini harus di laksanakan sesuai dalam peraturan perundang-undangan. Namun faktanya dalam implementasi kebijakan di SK Dirut nomor 177 tahun 2012 terkait dengan kepatuhan petugas dalam melakukan identifikasi pasien dan kepatuhan petugas dalam pengurangan risiko cedera akibat jatuh pada pasien terlaksana sesuai standar KARS, karena masih ada berbagai kendala karena keterbatasan/ kekurangan SDM, keterbatasan sarana dan fasilitas, serta dari faktor perilaku kerja staf yang belum sesuai standar.

Menurut Lori DiPrete Brown *et. al.*(1992), suatu kegiatan penjaminan mutu menyangkut satu atau beberapa dimensi mutu. Organisasi yang menjalani suatu kebijakan, pendekatan kualitas pelayanan yang dapat digunakannya sebagai penentuan mutu pelayanan diantaranya terkait dengan dimensi akses terhadap pelayanan (*acces to service*). Ini dapat diterjemahkan bahwa kebijakan yang dibuat RS merupakan akses yang dapat menjadi rujukan utama bagi para pemberi asuhan pasien (PPA) atau petugas dalam menerapkan gerakan keselamatan pasien.

b. Buku panduan/pedoman dan SPO

Buku panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit akan menjadi alat bantu bagi setiap rumah sakit dalam melaksanakan program keselamatan pasien rumah sakit. Isi dari buku panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit adalah standar keselamatan pasien dan tujuh langkah penerapan keselamatan pasien rumah sakit. Standar keselamatan pasien yang ada di dalam buku panduan tersebut merupakan bagian dari standar pelayanan rumah sakit. Karena itu evaluasi pemenuhan standar keselamatan pasien ini akan dilakukan melalui program akreditasi rumah sakit.

Dari hasil penelitian dalam penerapan upaya pencapaian standar enam sasaran keselamatan pasien RSUP DR.M.Djamil Padang, sudah berpedoman kepada buku panduan keselamatan pasien yang diterbitkan oleh kementerian kesehatan sekaligus dalam pembuatan standar prosedur terkait keselamatan pasien telah mengacu kepada Kemenkes dan standar KARS. Kebutuhan buku panduan dan SPO enam sasaran keselamatan pasien umumnya sudah tercukupi 100% untuk seluruh unit kerja. Buku dan SPO ini diperuntukkan kepada seluruh lapisan profesi pemberi asuhan pelayanan pasien, komite mutu, komite PPI dan seluruh instalasi di lingkungan di RS.

Berdasarkan penyampaian dari Direktur Medik Keperawatan sekaligus merangkap sebagai ketua Komite Mutu bahwa buku pedoman/ panduan keselamatan pasien yang digunakan oleh RSUP DR. M. Djamil Padang diadopsi dari Kemkes, mulai dari terbitan pertama tahun 2006 sampai terbaru tahun 2015, baik buku pedoman maupun SPO yang sudah dibuat merupakan acuan bagi semua personil dalam menerapkan enam sasaran keselamatan pasien dan ini sudah didistribusikan keseluruh Ka.Instalasi, termasuk semua PPA maupun Ka.KSM, namun dalam penerapannya masih belum optimal sesuai target yang diharapkan dari KARS 2012.

Standar prosedur yang dibuat RS berdasarkan buku panduan nasional KPRS, dijadikan enam judul SPO yaitu SPO identifikasi pasien, SPO komunikasi efektif/ (SBAR dan TBAK), SPO keamanan obat yang perlu diwaspadai (*High Allert*), SPO kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, SPO pengurangan risiko infeksi (*hand hygiene*), SPO mengurangi risiko pasien cedera akibat jatuh. Buku dan SPO tersebut sudah disosialisasikan ke semua petugas melalui pelatihan, workshop dan kepada para ketua atau kepala satuan unit kerja.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Bernadeta Dece Harus *et al* (2015), bahwa pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien di rumah sakit Panti Waluya Sawahan Malang tergolong cukup bagus, tetapi sebagian besar responden (68,3%) dalam pelaksanaan prosedur (SOP) keselamatan pasien rumah sakit (KPRS) masih kurang, meskipun semua responden sudah pernah mendapatkan informasi atau sosialisasi tentang KPRS melalui pelatihan, workshop dan seminar. Pernyataan ini diperkuat dengan penelitian dari Indra Narendra tahun 2013, menjelaskan bahwa dalam kebijakan internal keselamatan pasien di Rumah Sakit Multazam Medika Bekasi, Standar Operasional Prosedur

(SOP) yang digunakan sebagai pedoman dalam memberikan pelayanan kesehatan berfungsi untuk menghindari suatu insiden keselamatan pasien yang harus dijalani.

Pernyataan diatas juga diperkuat oleh pendapat Lori DiPrete Brown *et. al.* dengan dimensi mutu efektivitas (*effectiveness*), *effectiveness* merupakan dimensi ketepatan yang akan menjawab pertanyaan, prosedur bila diterapkan dengan benar akan memberikan hasil yang diinginkan. Buku pedoman/ panduan dan Standar Prosedur sangat diperlukukan sebagai acuan dan pegangan bagi seluruh unit kerja sehingga adanya persamaan persepsi dan kesatuan gerak dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien khususnya di RSUP DR. M.Djamil Padang. Selain diperlukan oleh kepala satuan kerja, buku pedoman dan SPO juga sangat dibutuhkan oleh para pemberi asuhan pasien (PPA) sebagai ujung tombak pelayanan dengan mengutamakan keselamatan pasien.

c. Sumber daya manusia

Menurut Hasibuan (2015), sumber daya manusia adalah aset penting organisasi dan motor penggerak proses manajemen. Sumber daya manusia adalah orang-orang yang bekerja atau membantu manajemen menghasilkan barang atau jasa, sedangkan sumber daya non manusia adalah berbagai sarana dan prasarana yang dibutuhkan dan digunakan oleh manajemen untuk menghasilkan barang dan jasa.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, diketahui bahwa sumber daya manusia yang bergerak sebagai pengelola program keselamatan pasien adalah sub komite KPRS/KMMR RSUP DR. M.Djamil Padang. Dari sisi latar belakang pendidikan SDM relative sudah sesuai dengan status kepegawaian PNS dibantu oleh SDM BLU non PNS. Secara kuantitas SDM belum memadai, diantara SDM profesional yang jumlahnya belum memadai adalah SDM keperawatan dan farmasi, sementara SDM medis, gizi relatif cukup. Dari beberapa analisis dampak dari Insiden Keselamatan Pasien merekomendasikan untuk penambahan jumlah SDM, dimana kedua profesi ini bertanggung jawab penuh terhadap keselamatan pasien di pelayanan kesehatan.

Untuk kualifikasi staf terkait kompetensi dan tingkat penegetahuannya cukup memadai, hal ini didukung dengan ketersediaan SDM medik spesialistik dan sub spesialistik yang sudah mumpuni pada keahliannya, tetapi ditinjau dari

kualifikasi penerapan keselamatan pasien dipelayanan, dalam hal ini belum semua staf memadai meskipun sudah dibekali dengan pelatihan terkait dengan sasaran keselamatan pasien. Untuk karyawan baru pun dalam Layanan Orientasi, materi Sasaran Keselamatan Pasien juga menjadi salah satu materi inti yang selalu diberikan.

Pernyataan dari seluruh informan bahwa yang menjadi faktor hambatan utama terkait SDM di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang adalah masalah kekurangan SDM khususnya untuk profesi keperawatan sebanyak 32%. Faktanya banyaknya kerja rangkap yang dilakukan oleh profesi keperawatan sehingga beban kerja yang ada menjadi lebih tinggi akhirnya kepatuhan petugas (PPA) dalam pelaksanaan identifikasi pasien (SKP-1) dan pencegahan pasien terhadap risiko jatuh (SKP-6) kurang maksimal. Akhirnya berdampak terhadap Insiden Keselamatan Pasien (IKP), ada rasa tidak aman pada pelanggan, kurangnya kepercayaan dari pelanggan pada petugas RS, karena kurangnya kecepatan petugas dalam menangani keluhan pelanggan, kurangnya kesigapan dalam melayani pelanggan.

Dari wawancara dengan beberapa informan lainnya, SDM yang ditunjuk oleh direktur melalui SK dirut sebagai penanggung jawab/ ketua program keselamatan pasien di RSUP DR.M.Djamil Padang adalah Direktur Medik Keperawatan. Untuk pembinaan dan pengendalian (Bindal) pergerakan program keselamatan pasien di pelayanan mulai dari jajaran Kabid/ Kabag, Kasie, Ka.KSM, sampai ke Ka. Instalasi sedangkan empat PPA bertanggung jawab terhadap penerapan enam SKP di pelayanan.

Permasalahan SDM tersebut diperjelas dengan teori dari dimensi mutu Parasuraman, Zeithaml dan Malholtra (2005), bahwa pendekatan kualitas pelayanan yaitu jaminan (*Assurance*), melihat pada kemampuan petugas/SDM atas pengetahuan terhadap jasa secara tepat, keterampilan dalam memberikan pelayanan sehingga dapat menumbuhkan rasa aman pada pelanggan sehingga dapat menanamkan kepercayaan pelanggan terhadap perusahaan. Dari dimensi daya tanggap (*Responsiveness*), kesediaan untuk membantu pelanggan, respon dan memberikan pelayanan yang cepat yang meliputi kecepatan petugas dalam menangani keluhan pelanggan serta kesigapan dalam melayani pelanggan. Respon atau daya tanggap merupakan faktor yang sangat penting dalam kualitas asuhan, sehingga nantinya profesi yang memberi asuhan pasien mampu

memberikan pelayanan yang bermutu dan memuaskan pasien serta dapat menumbuhkan rasa percaya pasien untuk mendapatkan pelayanan kembali di rumah sakit tersebut.

Penelitian ini diperkuat dari teori Wood tentang insiden keselamatan pasien, menjelaskan bahwa kesalahan tersebut dapat dilihat dalam dua sisi, yaitu sisi *blunt end* dan *sharp end*. Penampilan organisasi, kebijakan dan prosedur merupakan gambaran dari sisi yang tumpul, sedangkan sisi tajamnya dilihat dari hubungan langsung antara SDM (*man*) yang memberikan pelayanan. Keseimbangan antara faktor sumber daya dan keterbatasan yang dimiliki SDM akan mempengaruhi terjadinya insiden keselamatan pasien. Faktor sumber daya yang dapat memengaruhi diantaranya adalah jumlah staf, beban kerja dan ketersediaan alat medis.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Shinta Prawitasari (2010), bahwa permasalahan beban kerja yang tinggi bagi perawat pelaksana di Rumah Sakit Husada Jakarta, yaitu jumlah SDM sangat kurang sering terjadi masalah keselamatan pasien yang buruk. Oleh karena itu bidang keperawatan perlu melakukan pengkajian kecenderungan tingkat ketergantungan pasien di masing-masing ruang rawat inap dan menggunakan data yang ada untuk menghitung kebutuhan perawat tiap shift, mengalokasikan jumlah perawat sesuai kebutuhan ruangan, melakukan supervisi secara terjadwal dan berkala. Perlunya dikembangkan budaya keselamatan dan mengikis budaya menghukum, memilih champion sebagai motor penggerak keselamatan pasien serta tidak membebani perawat dengan pekerjaan non keperawatan.

Perhitungan kebutuhan tenaga yang tepat untuk setiap profesi di suatu Rumah Sakit sangat perlu diperhitungkan untuk menghindari adanya peningkatan beban kerja bagi masing-masing individu. Perhitungan rasio jumlah tenaga dengan jumlah pasien serta waktu pelayanan harus dimiliki RS. Perhitungan kebutuhan dengan metode analisis beban kerja adalah salah satu alternatif yang dapat dilakukan. Hal ini akan sangat berguna dalam perencanaan SDM RS terutama pada profesi tertentu dengan jumlah tenaga yang masih terbatas.

d. Metode

Metode dalam penerapan upaya pencapaian standar enam sasaran keselamatan pasien umumnya menggunakan prinsip dan metode manajemen

risiko mulai dari identifikasi, asesmen dan pengolahan risiko, 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.

Metode yang digunakan untuk penerapan keselamatan pasien di RSUP DR.M.djamil Padang sudah mengacu kepada buku pedoman nasional keselamatan pasien dari kemenkes dan sudah terlaksana cukup baik. Awalnya RS membuat strategi yang diperlukan seperti pembuatan laporan keselamatan pasien dan laporan insiden. Tahap berikutnya RS membuat kegiatan pelatihan yang berkaitan dengan materi *patient safety*. Direktur dan jajaran manajemen membuat pertemuan dengan lintas disiplin ilmu membahas tentang pelaksanaan program keselamatan pasien rumah sakit yang dikoordinatori oleh komite Mutu/ KMMR, kegiatan ini dilakukan secara berkesinambungan setiap minggu.

Sebagaimana dari hasil wawancara dengan direktur medik keperawatan dan ketua Sub Komite KPRS menjelaskan bahwa ada beberapa metode yang sudah dilakukan dalam penerapan SKP yaitu dengan langsung implementasi ke pasien atau keluarga, training, workshop, sosialisasi, monitoring dan evaluasi berkala, *round day* bersama empat PPA dan diskusi, uji petik, osche, Expo akreditasi, pemberian layanan orientasi (LOI) pada pasien baru dan pegawai baru. RS juga melakukan promosi tentang upaya pelaksanaan standar keselamatan pasien di RS seperti pengurangan risiko infeksi melalui tata cara pelaksanaan *hand hygiene*, pencegahan dan pengurangan risiko cedera akibat jatuh pada pasien yang beresiko jatuh, serta pengelolaan keselamatan kerja di RS. Ditujukan secara langsung ke seluruh petugas, ke pasien maupun ke pengunjung RS, juga diperkenalkan melalui kegiatan expo akreditasi RS untuk setiap standar keselamatan pasien.

Upaya promosi keselamatan pasien yang dibuat oleh unit promkes merupakan langkah nyata dengan menginformasikan tentang pentingnya keselamatan pasien dalam pelayanan RS. Upaya lainnya yaitu menggalakkan metode SBAR (*situation, background, assessment, recommendation*) dalam proses komunikasi efektif antar profesional (PPA) juga dijadikan sebagai pilihan di pelayanan karena dapat memberikan kondisi pengobatan pasien lebih informatif, jelas dan terstruktur. Metoda lainnya seperti supervisi profesional dari para manajer, PDCA dari unit Komite Mutu, sub komite KPRS, PPI dan K3RS untuk

mengenali dan menyelesaikan konflik yang terjadi dalam pelayanan, ada yang dilakukan setiap shift dinas, per minggu, dan ada yang berkala. Pengiriman petugas untuk mengikuti pelatihan berbasis kompetensi terutama terkait dengan akreditasi dan keselamatan pasien untuk setiap profesional yang ada.

Sasaran Keselamatan Pasien ini merupakan syarat mutlak untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Maksudnya adalah mendorong RS kearah perbaikan secara spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran ini menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan serta menjelaskan bukti dan solusi berbasis bukti, juga butuh keahlian dalam mengatasi permasalahan. Diakui bahwa jika rumah sakit menggunakan metode atau desain sistem yang baik maka akan memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi, sedapat mungkin sasaran ini dapat difokuskan pada solusi-solusi yang menyeluruh (Kemkes,2011)

e. Sarana

Rumah sakit adalah bangunan gedung atau sarana kesehatan yang memerlukan perhatian khusus dari segi keamanan, keselamatan, kesehatan, kenyamanan dan kemudahan. Kewajiban Rumah Sakit dalam menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin, dilaksanakan dengan menyediakan tempat tidur *safety*, untuk perawatan Kelas III paling sedikit 40% (empat puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah dan paling sedikit 20% (dua puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik swasta dan bekerja sama dengan penyelenggara jaminan sosial kesehatan, (Permenkes RI nomor 69/MENKES/PER/III/2014). Secara umum untuk penyediaan sarana dan pelayanan bagi masyarakat di RSUP DR.M.Djamil Padang sudah mulai tercukupi dan sudah disesuaikan dengan aturan pusat.

Dari hasil wawancara yang disampaikan oleh direktur medik keperawatan dan ketua sub komite KPRS bahwa sebagian besar sarana RS sudah tersedia hanya beberapa sarana yang sampai saat ini masih dalam proses pengadaan karena faktor keterlambatan pengadaan, seperti kebutuhan sarana SKP 1 untuk stiker identifikasi pasien masih sering terjadi kekosongan pengadaan di gudang logistik. Untuk SKP 6, *handrill* sebagian besar belum terpasang diarea perawatan pasien,

bel dikamar pasien belum ada sama sekali. Sarana pada kedua SKP ini merupakan suatu alat pendukung yang vital dalam mencegah terjadinya IKP di RS.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Puguh Danu Sanjaya *et.al.* (2017), bahwa hasil observasinya mengenai sarana dan fasilitas di Rumah Sakit RS Pupuk Kaltim masih terdapat tempat tidur yang belum aman, brankar yang tidak aman, alas kaki untuk pasien belum ada, gelang penanda risiko masih sering kosong. Data tersebut dapat dikatakan bahwa sarana dan fasilitas RS belum maksimal.

Bentuk jaminan keamanan yang diberikan oleh rumah sakit adalah berbagai aturan, fasilitas, dan bentuk perawatan yang bersifat melindungi keamanan dan keselamatan pasien secara fisik. Hal ini diperkuat dari pendapat pakar mutu Lori DiPrete Brown *et. al* (1992), bahwa keamanan (*safety*), berarti mengurangi resiko cedera, infeksi, efek samping, atau bahaya lain yang berkaitan dengan pelayanan. Apapun yang dilakukan dalam pelayanan baik di Puskesmas, rumah sakit atau tempat pelayanan lainnya harus aman dari bahaya yang mungkin timbul. Dikaitkan dengan dimensi lainnya yaitu kenyamanan (*amenity*), merupakan dimensi mutu yang tidak berkaitan langsung dengan efektivitas klinis, tetapi dapat mempengaruhi kepuasan pelanggan (pasien) untuk mau datang memperoleh pelayanan berikutnya. Dimensi kenyamanan tersebut berkaitan dengan penampilan fisik ditempat pelayanan, peralatan medis dan non medis, kebersihan, sarana yang tersedia dan sebagainya sehingga dapat melindungi keamanan dan keselamatan pasien.

Dapat disimpulkan bahwa pengelolaan sarana prasarana sangat penting untuk keselamatan pasien. Setiap rumah sakit dan pelayanan kesehatan memiliki interaksi yang tidak mudah dan memiliki masalah seperti potensi-potensi kekeliruan, potensi Kecelakaan Tidak Diharapkan (KTD), dan potensi cedera yang terkait dengan risiko-risiko yang akan didapatkan oleh pasien termasuk petugas serta lingkungannya. Dalam upaya menekan risiko kecelakaan sekecil mungkin pada pasien, maka manajemen risiko diberlakukan. Penyebab Kecelakaan Tidak Diharapkan (KTD) tersebut meliputi alat kesehatan yang tidak sesuai pelayanan atau tidak tersedia dan kurangnya pelatihan pada sumber daya manusianya.

f. Dana

Dana adalah biaya operasional yang dibutuhkan untuk mendukung terselenggaranya standar kegiatan keselamatan pasien di rumah sakit. Untuk terlaksananya standar keselamatan pasien di rumah sakit semua unit kerja membuat perencanaan biaya kegiatan operasional unit yang diajukan setiap periode/ tahunan sesuai dengan tugas/ fungsi.

Anggaran yang diperlukan untuk mendukung standar keselamatan pasien di RSUP DR.M.Djamil Padang cukup memadai, sudah termasuk didalam biaya operasional pelayanan rumah sakit per tahun yang mengacu kepada Renstra RSUP DR.M.Djamil Padang, dan sudah teralokasikan dengan baik. Dana yang dialokasikan sesuai dengan RAB dari masing-masing unit kerja atau bidang/ bagian yang mengusulkan. Anggaran yang dipergunakan RS diupayakan melalui dana pusat (KEMKES), APBN, dana BLU serta sumber-sumber lain yang sah sesuai dengan perundang-undangan dan ketentuan yang berlaku (Bagian Perencanaan/ Direktorat Keuangan RSUP DR.M.Djamil Padang, 2016).

Sejalan dengan penelitian Ratih Dwi Octaria, *et al*, menjelaskan bahwa langkah yang dilakukan RSUD Dr.R.Soetijono Blora Yogyakarta (2014) yang telah terakreditasi KARS, salah satunya membuat perencanaan berkelanjutan dan peninjauan dengan mengembangkan rencana untuk minimal 5 tahun mendatang sekaligus merencanakan anggaran biayanya. Dalam menjalankan penerapan standar dan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit, unit kerja harus membuat perencanaan biaya kegiatan operasional melalui beberapa tahapan untuk pemenuhan segala kebutuhan sesuai standar keselamatan pasien

Salah satu dari tujuh standar keselamatan pasien yang terdapat dalam Permenkes No. 1691/Menkes/Per/VIII/2011 yaitu peran pimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien, salah satunya adalah mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien. Dalam hal ini pihak manajemen RSUP.Dr.M.Djamil Padang sudah meningkatkan upaya mengurangi kejadian tidak diharapkan (KTD) dengan pengadaan gelang identitas pasien dan gelang penanda, pengadaan tempat tidur baru untuk pasien yang lengkap dengan pengaman, namun pengadaan ini dilakukan secara bertahap karena berkaitan dengan keterbatasan anggaran dana rumah sakit.

Sesuai informasi yang disampaikan oleh direktur medik keperawatan bahwa mekanisme pengelolaan anggaran dana yang digunakan untuk pencapaian pelayanan terkait dengan pelaksanaan program *patien safety* di RSUP DR.M.Djamil Padang yakni bersumber dari anggaran DIPA BLU, seperti barang farmasi, pengadaan bahan medis habis pakai. Berhubung rumah sakit milik pemerintah maka untuk pengadaan barang dan pengeluaran keuangan harus sesuai dengan aturan, kebijakan dan perundang-undangan yang berlaku yaitu melalui satu pintu diawali dari tim teknis, terakhir disetujui oleh KPA. Alur pengajuan/usulan dimulai dari perencanaan unit/ instalasi, baru rumah sakit yang mengadakan.

Segala biaya untuk operasional yang dibutuhkan untuk mendukung terselenggaranya standar kegiatan keselamatan pasien di rumah sakit idealnya berpola pada azas manfaat dan efisiensi. Diperjelas oleh pendapat yang dikemukakan Lori DiPrete Brown *et. al.* (1992), mengemukakan bahwa suatu kegiatan penjaminan mutu yang terkait dengan pendanaan yaitu efisiensi (*efficiency*), merupakan dimensi yang penting dari kualitas karena efisiensi akan mempengaruhi hasil pelayanan kesehatan, apalagi sumber daya kesehatan pada umumnya terbatas. Efisiensi merujuk salah satunya kepada dana.

6.2.2. Komponen Proses

6.2.2.1 Perencanaan

Program perencanaan yang dibuat untuk kegiatan gerakan keselamatan pasien di RSUP DR.M.Djamil Padang sudah berjalan dengan baik dan berpedoman pada Permenkes No. 1691/2011, mulai pada tahap awal rencana persiapan sampai tahap evaluasi, hal ini sudah dilaksanakan dengan baik. Namun ada beberapa kondisi yang menggambarkan belum seluruh unit kerja yang konsisten membuat data perencanaan kebutuhan di unitnya sendiri. Dampak dari hal tersebut terjadi hambatan dalam proses pengadaan barang pada saat dibutuhkan oleh user di pelayanan. Faktor keterlambatan sering terjadi saat proses pemesanan barang maupun pengadaan barang dan alkes contohnya untuk pengadaan stiker identitas pasien (SKP-1), pengadaan bel dan handraill (SKP-6) yang belum diadakan sampai saat ini. Berbeda dengan perencanaan SDM, saat ini RS sudah membuat usulan kebutuhan SDM tetapi masih terkendala dalam proses

rekrutmen SDM. Upaya RS terhadap kendala ini, adalah melakukan monev dan memangkas sistem birokrasi dari pihak terkait.

Pendapat yang dikemukakan oleh Reason (1997); Vincent (2003) dan Henriksen (2008), salah satu faktor yang berpengaruh terhadap insiden keselamatan pasien termasuk faktor manajemen, bahwa kondisi perencanaan yang tidak baik, ragu dalam membuat keputusan, lalai yang dilakukan oleh manajer atau pengambil keputusan merupakan faktor laten dalam organisasi. Kondisi ini dapat berakibatkan pada ketenagaan, struktur organisasi, penjadwalan, ketersediaan sumber daya dan komitmen terhadap kualitas.

Hal ini diperjelas dalam penelitian Sugeng Budiono, (2013), bahwa salah satu untuk pelaksanaan program manajemen risiko jatuh, di RS harus ditunjang dengan perencanaan ketersediaan sumber daya, sarana dan prasarana pendukung yang memadai dalam pemenuhan standar keselamatan pasien (*patient safety*) contohnya pemenuhan semua tempat tidur berpengaman, pemasangan bel di tempat tidur pasien dan lain-lainnya di Rumah Sakit Islam Unisma Malang.

Upaya mengatasi permasalahan tersebut, untuk menjamin proses perencanaan dan penganggaran RS agar berjalan efektif, efisien dan tepat sasaran maka diperlukan integrasi antara sistem perencanaan, penganggaran serta pengadaan harus berdasarkan pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Dalam pengadaan sarana dan fasilitas diperlukan perencanaan yang jelas, diawali dari pengajuan perencanaan yang dibuat oleh user, harus mencantumkan spesifikasi barang, jumlah, satuan barang dan harga barang.

Penelitian ini diperkuat dengan pendapat ahli mutu terkait dengan perencanaan program di pelayanan kesehatan atau rumah sakit, J.M Juran mengatakan, mutu tidak datang begitu saja, perlu dirancang. Untuk itu diperlukan Perencanaan Mutu (*Quality Planning*), Pengendalian Mutu (*Quality Control*), dan Peningkatan mutu (*Quality Improvement*). Langkah-langkah dalam perencanaan ini adalah menetapkan (identifikasi) siapa pelanggannya, menetapkan (identifikasi) kebutuhan pelanggan, mengembangkan keistimewaan produk merespon kebutuhan pelanggan, mengembangkan proses yang mampu menghasilkan keistimewaan produk, dan mengarahkan perencanaan ke kegiatan-kegiatan yang bersifat operasional.

6.2.2.2. Pengorganisasian

Berdasarkan Permenkes No.1691 tahun 2011, salah satu strategi standar keselamatan pasien di rumah sakit adalah membudayakan penerapan enam sasaran keselamatan pasien secara terkoordinasi baik dari SDM profesional maupun non profesional dari seluruh satuan kerja terkait melalui standar organisasi kerja KPRS dan MRK. Peran rumah sakit dalam pencapaian standar tersebut adalah menyusun strategi pengembangan standar keselamatan pasien, menyiapkan kebijakan dan prosedur yang mengarahkan pada implementasi enam sasaran keselamatan pasien, membentuk struktur organisasi dan tim KPRS yang bertugas mengkoordinasikan dan melaksanakan standar KPRS, melaksanakan survey awal dan *re-survey* tentang budaya keselamatan pasien di rumah sakit terutama pada penerapan enam sasaran keselamatan pasien, membuat sistem dan alur ketika ada insiden (KTD, KNC, KTC dan KPC), melakukan pencaangan/ deklarasi standar KPRS, menetapkan *champion* di setiap unit/ bagian sebagai motor penggerak standar KPRS, membuat tim antar disiplin (tim profesional) untuk mengelola standar keselamatan pasien.

Pengorganisasian dalam gerakan program keselamatan pasien di rumah sakit RSUP DR. M. Djamil Padang sudah terbentuk dan sudah berjalan cukup baik yang diketuai oleh Direktur Medik dan Keperawatan. Struktur organisasi tersebut sudah dibuat secara tertulis, diiringi dengan adanya SK program kegiatan, SK tim pelaksana program di unit-unit Instalasi dan dilengkapi dengan uraian tugas dari masing-masing anggota tim yang terlibat dalam gerakan keselamatan pasien rumah sakit. Kegiatan organisasi keselamatan pasien ini sudah berjalan aktif sejak terbentuknya struktur sub komite KPRS sampai sekarang. Fungsi tim dalam mengkoordinir penerapan sasaran keselamatan pasien sudah berjalan dan bergerak di pelayanan. Hal ini dibuktikan dengan sudah terjalinnya hubungan kemitraan antar profesi dalam penerapan *Patient Safety* dari ke empat PPA melalui kegiatan supervisi bersama, rapat tim internal dan *round day* bersama ke pasien.

Menurut pendapat Cahyono (2008), bahwa kerjasama tim dalam suatu organisasi merupakan suatu kelompok kecil orang dengan keterampilan yang saling melengkapi yang berkomitmen pada tujuan bersama, sasaran-sasaran kinerja dan pendekatan yang mereka jadikan tanggung jawab bersama. Bekerja di

dalam tim membuat individu saling mengingatkan, mengoreksi, berkomunikasi sehingga peluang terjadinya kesalahan dapat dihindari.

Hal ini juga sejalan dengan hasil penelitian Dede Sri Mulyana, (2013), bahwa organisasi meliputi elemen filosofi, visi, misi dan dukungan untuk perbaikan pelayanan. Elemen tersebut akan berdampak pada profesionalitas pelayanan yang berujung pada risiko, terutama bagi pasien. Oleh karena itu rumah sakit harus memerlukan suatu tata kelola dalam menjalankan organisasinya. Tata kelola atau *governance* adalah tindakan atau sikap dalam membentuk kebijakan dan kesetaraan sebuah organisasi, atau suatu kumpulan orang.

Penelitian ini didukung oleh William Edwards Deming, yang dikenal dengan segitiga Deming (segitiga Deming/segitiga Joiner atau segitiga TQM) menjelaskan bahwa, perlunya komitmen tingkat puncak untuk perbaikan mutu, menata setiap aspek kegiatan secara efektif untuk meyakinkan bahwa produk atau jasa yang dirancang, dibangun, dan diantarkan sesuai dengan harapan pelanggan, setiap anggota organisasi menyadari pentingnya peranan dirinya untuk pencapaian tersebut.

Dari beberapa pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa pengorganisasian merupakan langkah untuk menetapkan, menggolongkan dan mengatur berbagai macam kegiatan, menetapkan tugas pokok dan wewenang oleh pimpinan kepada staf dalam rangka mencapai tujuan organisasi. Melalui fungsi pengorganisasian seluruh sumber daya yang dimiliki organisasi akan diatur penggunaannya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan yang ditetapkan.

6.2.2.3 Penggerakan dan Pelaksanaan

Penggerakan adalah proses pembimbingan kepada staf atau anggota agar mereka mampu bekerja secara optimal menjalankan tugas-tugas pokoknya sesuai dengan keterampilan yang dimiliki dan dukungan sumberdaya yang tersedia. Untuk menggerakan dan mengarahkan sumber daya manusia, dalam organisasi diperlukan peranan kepemimpinan (*leadership*), motivasi staf, kerjasama dan komunikasi antar staf (Muninjaya, 2004).

Untuk mencapai tujuan penerapan upaya pencapaian standar enam sasaran keselamatan pasien dalam peningkatan mutu pelayanan pasien dirumah sakit maka perlu dilakukan pokok-pokok kegiatan yaitu, membudayakan keselamatan

pasien di rumah sakit, pendidikan dan pelatihan, leadership, pelaporan, pelaksanaan standar, implementasi sasaran keselamatan pasien.

1) Membudayakan keselamatan pasien di rumah sakit

Sesuai dengan panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit, langkah pertama program keselamatan pasien di rumah sakit adalah membangun budaya keselamatan pasien atau menumbuhkan kesadaran pada seluruh karyawan akan pentingnya nilai keselamatan di rumah sakit (Depkes, 2006).

Pendapat Berwick (1990), mengemukakan bahwa untuk meningkatkan mutu pelayanan keselamatan pasien di tingkat unit harus dilakukan upaya perubahan budaya keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien merupakan kesadaran konstan dan potensi aktif oleh staf sebuah organisasi dalam mengenali sesuatu yang tampak tidak beres. Staf dan organisasi yang mampu mengakui kesalahan, belajar dari kesalahan, dan mau mengambil tindakan untuk mengadakan perbaikan dikatakan sudah melaksanakan budaya keselamatan (NHS, 2013).

Penerapan budaya keselamatan pasien di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang belum berjalan optimal sesuai harapan dan standar akreditasi. Dalam implementasi enam SKP masih banyak yang belum menjadikan budaya bagi profesi (PPA) maupun pribadinya terutama kepatuhan petugas pada penerapan SKP 1 terhadap identifikasi pasien dan penerapan SKP 6. Untuk RSUP DR.M.Djamil sendiri capaian sasaran belum sampai ke tahap yang optimal sesuai target standar akreditasi RS. Upaya yang sudah dilakukan pimpinan RS untuk optimalisasi tersebut diantaranya membentuk tim asesor internal sebagai penggerak program keselamatan pasien untuk melakukan supervisi dan monev di unitnya sendiri serta diunit lainnya, dengan kegiatan yang sudah terjadwal setiap minggu.

Rumah sakit juga sudah melakukan promosi tentang sasaran keselamatan pasien (SKP). Kegiatan ini difasilitasi oleh Instalasi Promkes RS dan bekerja sama dengan unit-unit terkait. Promkes tersebut ditujukan kepada seluruh personil RS, pasien, keluarga pasien maupun pengunjung RS. Kegiatan lainnya dalam rangka menggerakkan budaya SKP di pelayanan dengan resosialisasi ke staf maupun semua PPA tentang penerapan enam SKP serta manajemen risiko.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ratih Dwi Octaria *et.al*, menjelaskan bahwa yang menjadi hambatan yang dihadapi oleh RSUD

dr.R.Soetijono Blora dalam persiapan akreditasi rumah sakit berkaitan dengan sasaran keselamatan pasien antara lain petugas rumah sakit kurang dalam penerapan dan evaluasi SOP, kurangnya kesadaran diri dari petugas dalam menerapkan budaya keselamatan pasien, belum menjadikan budaya dalam bekerja, evaluasi yang dilakukan juga belum efektif .

Organisasi dengan budaya keselamatan positif memiliki karakteristik bahwa ada komunikasi yang dibentuk dengan rasa saling percaya tentang pentingnya keselamatan, dan dengan keyakinan dalam tindakan pencegahan yang efektif, serta membangun organisasi yang terbuka (*open*), adil (*just*), informatif dalam melaporkan kejadian keselamatan pasien yang terjadi (*reporting*), dan belajar dari kejadian tersebut (*learning*), (Madden, 2008; NSPA, 2004).

Dikaitkan dengan dimensi mutu, menurut Parasuraman,(2005), respon atau daya tanggap dan empati merupakan faktor yang sangat penting dalam kualitas asuhan, sehingga nantinya profesi yang memberi asuhan pasien mampu memberikan pelayanan yang bermutu dan memuaskan pasien serta dapat menumbuhkan rasa percaya pasien untuk mendapatkan pelayanan kembali di rumah sakit tersebut. Daya tanggap dan empati dapat dirasakan oleh pasien dari pertama kali pasien masuk sampai dengan pasien keluar dari rumah sakit.

Dapat disimpulkan dari beberapa pendapat diatas bahwa penerapan budaya keselamatan pasien merupakan cerminan mutu dan jaminan bagi penerima layanan kesehatan untuk terbebas dari risiko pada proses pemberian layanan kesehatan. Keselamatan pasien bukan merupakan tanggung jawab perorangan dokter atau perawat saja yang selalu bersentuhan langsung dengan pasien, melainkan seluruh tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit yang memberikan pelayanan kepada pasien.

2) Pendidikan dan pelatihan staf

Pendapat Likert dalam Gibson (1996), bahwa latar belakang pendidikan akan mempengaruhi seseorang dalam pekerjaannya. Hal yang sama juga dikemukakan oleh Siagian, (1997), semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin besar keinginan seseorang untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilannya.

Jika dikaitkan dengan dengan pendapat para ahli diatas maka pendididkan dan pelatihan yang dilakukan tentunya merupakan pelatihan yang berorientasi pada peningkatan *intellectual skill* yang berhubungan dengan keselamatan pasien. Semakin banyak pelatihan yang diikuti akan mempengaruhi tingkat kompetensi seseorang.

Berdasarkan hasil telaah dokumen, observasi dan wawancara tentang pendidikan dan pelatihan terkait standar enam sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang didapatkan bahwa dari gambaran kualifikasi staf untuk menerapkan SKP 1sampai SKP 6 umumnya sudah banyak terpapar yaitu melalui kegiatan diklit RS. Informasi ini didukung dengan bukti sertifikat yang dimiliki oleh staf. Adapun metode kegiatan yang diadakan oleh bagian diklit berupa workshop, bimtek dan *inhouse training*. Materi pelatihan yang diberikan selalu terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit seperti SKP, PPI, K3RS, manajemen risiko kerja (MRK), bantuan hidup dasar (BHD). Materi tersebut juga merupakan materi wajib dalam standar layanan orientasi internal (LOI) RS, yang diberikan kepada setiap pegawai baru, peserta magang, PPDS maupun mahasiswa praktek.

Dalam hal ini Diklat RSUP DR. M.Djamil sudah mempunyai program perencanaan pelatihan terkait *patien safety* dan manajemen mutu dan sudah berjalan cukup baik. Pelatihan yang sudah dilaksanakan umumnya diupdate setiap 2 tahun sekali. Untuk monitoring dan evaluasi hasil pelatihan bagi staf yang sudah mengikuti pelatihan adalah merupakan tanggung jawab dari atasan langsungnya di unit masing-masing. Adapun sumber dana dari semua rencana program kegiatan pelatihan tahunan yang dikelola oleh bagian Diklit RS sudah dianggarkan oleh bagian keuangan RS.

Sejalan dengan hasil penelitian Dede Mulyana (2013), menjelaskan bahwa pelatihan yang diikuti oleh perawat merupakan salah satu kriteria yang menentukan tingkat kompetensinya, semakin banyak pelatihan yang sudah diikuti seseorang maka semakin tinggi tingkat kompetensinya. Hal yang demikian bisa menjadi pengaruh yang kuat dalam menentukan baik tidaknya seseorang dalam menjalankan asuhan pada pasien termasuk bagaimana petugas tersebut melakukan asuhan yang aman pada pasien , tidak menyebabkan insiden keselamatan pasien dan dapat meningkatkan kualitas pelayanan RS.

Penelitian ini diperjelas dari pendapat Lori DiPrete Brown *et. al.* (1992), bahwa dari dimensi mutu yaitu, kompetensi teknis (*technical competence*), berupa keterampilan, kemampuan dan penampilan petugas, menejer dan staf pendukung, serta bagaimana cara petugas mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan dalam hal kepatuhan, ketepatan, kebenaran dan konsistensi. Dimensi ini relevan untuk pelayanan klinis maupun non klinis. Kurangnya kompetensi teknis dapat bervariasi dari penyimpangan kecil terhadap prosedur standar sampai kesalahan yang besar dan terkait dengan efektivitas pelayanan .

Secara umum kompetensi SDM yang didapatkan baik melalui pengembangan pendidikan dan pelatihan merupakan salah satu yang berpengaruh pada kepuasan kerja dan kualitas pelayanan. Semakin tinggi keahlian dan motivasi staf tersebut, maka kualitas pelayanan mereka menjadi lebih baik. Disamping itu, konsekuensi dari kompetensi yang dimiliki dokter maupun perawat menyebabkan kepuasan kerja yang mereka rasakan lebih tinggi karena mempercepat kesembuhan pasien, pujian yang didapatkan baik dari pasien maupun pimpinan, dan imbalan atau kompensasi yang lebih tinggi. Semakin tinggi kepuasan kerja, semakin baik kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien. Kepuasan kerja yang dirasakan oleh perawat maupun profesi lainnya berasal dari banyak faktor, namun keahlian dan pelayanan yang baik yang diberikan kepada pasien, dan kesembuhan pasien, merupakan sumber kepuasan yang utama.

3) Pelaporan

Mengacu kepada standar keselamatan pasien pada Permenkes No.1691/2011, dalam mengembangkan sistem pelaporan insiden termasuk salah satu dari tujuh langkah menuju keselamatan pasien di rumah sakit. Dengan menerapkan, kelengkapan rencana implementasi sistem pelaporan insiden ke dalam maupun ke luar, yang harus dilaporkan ke Komite Nasional. Untuk di unit sendiri, memberikan semangat kepada rekan sekerja untuk secara aktif melaporkan setiap insiden yang terjadi dan insiden yang telah dicegah tetapi tetap terjadi juga, karena mengandung bahan pelajaran yang penting keselamatan pasien rumah sakit.

Sistem pelaporan insiden keselamatan pasien dan alur pelaporan sudah ada di RSUP DR. M.Djamil Padang dengan mengacu kepada Permenkes No.1691/2011 dan sudah terlaksana. Namun budaya melaporkan dari petugas ruangan masih kurang, alasannya takut dipersalahkan. Baru sebagian unit yang rutin melaporkan jika ada insiden seperti KNC atau KTD. Secara berkala RSUP DR.M.Djamil Padang sudah membuat laporan eksternal yang ditujukan ke Kemenkes terkait insiden keselamatan pasien rumah sakit.

Pengisian format laporan insiden internal sudah disosialisasikan keseluruhan unit pelayanan termasuk instalasi rawat inap, sehingga petugas sudah memahami cara pelaporan dengan menggunakan format tersebut. Tindak lanjut tim KPRS dari hasil laporan IKP unit adalah menilai grading yang perlu ditindaklanjuti, jika perlu di tindak lanjuti dengan menganalisis akar permasalahannya (RCA). Informasi ini dibuktikan dengan adanya dokumen laporan insiden yang sudah dibuat oleh unit dan ditujukan ke komite KPRS.

Menurut *The Institute of Medicine* (IOM), tantangan terbesar untuk berubah ke arah sistem kesehatan yang lebih aman adalah merubah budaya dari yang bersifat menyalahkan individu atas suatu kesalahan, menjadi budaya yang menganggap kesalahan merupakan kesempatan untuk memperbaiki sistem dan mencegah cedera. Dengan budaya tidak menyalahkan diharapkan tenaga kesehatan akan berperan lebih aktif dalam melaporkan insiden keselamatan pasien sehingga meningkatkan kemampuan belajar dan mencegah terulangnya kejadian di kemudian hari.

Sejalan dengan hasil penelitian oleh Sri Suparti,*et al.* (2013), menjelaskan bahwa belum semua perawat di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten berani melaporkan insiden (IKP) kepada tim *patient safety*, karena ada perasaan takut disalahkan, kurang faham manfaat dari pelaporan tersebut, tidak tahu cara melaporkan. Terkait hal ini diperkuat dengan penjelasan Lumenta, (2008), bahwa pelaporan IKP merupakan dasar untuk membangun suatu sistem asuhan pasien yg lebih aman, 3 kegiatan penting adalah: mendorong seluruh staf untuk melaporkan masalah keselamatan pasien, khususnya kelompok yang tingkat pelaporannya rendah. Tingkatan pelaporan yang tinggi biasanya ada pada suatu rumah sakit yg lebih aman. Pimpinan RS harus menerima laporan dan rencana kegiatan dari semua kematian yg secara langsung berhubungan dgn IKP.

Keterkaitan budaya pelaporan dengan dimensi mutu dapat dilihat dari pendapat Lori DiPrete Brown (1992), yaitu hubungan antar manusia (*human relation*), berkaitan dengan interaksi antara petugas dengan petugas dan antara petugas dengan pasien/ masyarakat. Bentuk dari hubungan antar manusia ini antara lain dapat berupa menghargai, menjaga rahasia, menghormati, mendengarkan keluhan, responsif dan memberikan perhatian. Hubungan antar manusia yang baik akan memberikan andil yang besar dalam konseling yang efektif.

Pelaporan yang baik dapat meningkatkan mutu keselamatan pasien, apabila terdokumentasi dengan baik, dan semua menerapkan budaya pelaporan setiap ada IKP. Budaya melaporkan merupakan suatu kebiasaan yang bisa dilakukan oleh seseorang tanpa menunggu perintah, agar budaya bisa diterapkan dengan baik, maka seseorang harus mempunyai pengetahuan, kesadaran, untuk merubah sikap dan perilaku menjadi suatu kebiasaan, serta mempunyai daya tanggap (*responsiveness*) yang bagus, yaitu ada keinginan dari para karyawan/ staf membantu semua pelanggan serta berkeinginan melaksanakan pemberian pelayanan dengan tanggap.

4) Pelaksanaan standar

Dari informasi yang didapat bahwa regulasi terkait standar pelayanan yaitu penetapan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) untuk ruangan rawat inap sudah ada di RSUP DR. M.Djamil Padang. Regulasi pemberian informasi atau penjelasan secara benar pada pasien tentang rencana dan hasil pelayanan pelayanan oleh medis sudah dikeluarkan oleh direktur rumah sakit tetapi dalam penerapan di pelayanan belum maksimal. Sebagian besar pemberian penjelasan, informasi dan edukasi kepada pasien atau keluarga dilakukan oleh peserta didik (dokter *chift residen*). Masih ditemukan lembaran informasi dan edukasi yang tidak terisi oleh dokter di dalam rekam medis pasien. Hal ini menjadi salah satu faktor kendala dalam penerapan standar pelayanan di RS, karena RSUP DR.M.Djamil Padang merupakan rumah sakit pendidikan utama, terkadang ketidakpuasan konsumen atau komplain pasien langsung berdampak dari hasil pelayanan yang diberikan oleh peserta didik. Sebagai bukti pendukung lainnya adalah adanya nota dinas dari Dirut tentang pendelegasian pelayanan dari DPJP ke *Chift Resident*.

Berdasarkan teori Suharjo (2012), dalam membangun budaya keselamatan pasien dalam praktik kedokteran, alih tanggung jawab melalui komunikasi, baik secara langsung maupun secara tidak langsung antar pemberi layanan seperti antar dokter ke dokter lainnya atau antar dokter ke profesi lainnya, sering terjadi proses komunikasi tanpa struktur yang jelas, terutama menyangkut pesan informasi yang disampaikan. Kesalahan dalam proses alih informasi dapat mengakibatkan kesalahan dan bisa mencederai pasien, terutama apabila pesan yang disampaikan tidak jelas dan akurat. Tanpa adanya standarisasi prosedur yang jelas, khususnya dalam proses alih tugas dan tanggung jawab ini, sangat memungkinkan terjadinya bias dan terjadi interupsi dalam tugas.

Diperjelas dari kutipan *World Health Organisation* (WHO) (2003), mengembangkan model penilaian kinerja untuk peningkatan mutu rumah sakit terdiri dari enam dimensi, yaitu: *clinical effectiveness, safety, patient centredness, efficiency, staff orientation, responsive governance*. Berbagai dimensi mutu tersebut selanjutnya digunakan sebagai dasar untuk mengembangkan indikator klinis yang merupakan salah satu dari pilar utama dalam *clinical governance* yaitu *clinical performance and evaluation*. *Clinical governance* berfungsi sebagai penjamin kontrol sistem manajemen mutu klinis. Pelaksanaan *clinical governance* akan mampu menghindarkan para spesialis dari KTD dan lebih lanjut dari tuntutan hukum. Oleh karena itu *clinical governance* harus dibangun pada sistem yang baik dan efektif.

Pendapat Miller Badder dalam Jacobalis (2000), menyatakan bahwa pasien saat ini ingin lebih dilibatkan dalam perencanaan dan pengambilan keputusan untuk pelayanan medis yang akan diterimanya, bahkan pasien ingin mengerti dan memahami hasil diagnosis. Dengan demikian, pasien akan mengerti dan memahami persoalan sehingga dapat bekerjasama secara kooperatif dalam proses pelayanan, dan memiliki persepsi yang baik terhadap mutu pelayanan. Pendapat lainnya yang dikemukakan oleh Smith dan Metzner (1999), untuk para dokter sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan, dijabarkan kedalam dimensi mutu pelayanan kesehatan yang paling penting adalah pengetahuan ilmiah yang dimiliki oleh dokter (80%) kemudian perhatian dokter secara pribadi pada pasien (60%), keterampilan yang dimiliki oleh dokter (50%), efisiensi pelayanan kesehatan (45%) serta kenyamanan pelayanan yang dirasakan pasien (8%). Bagi pasien pemakai

jasa pelayanan kesehatan, dimensi mutu pelayanan yang dipandang paling penting ialah efisiensi pelayanan kesehatan (45%), perhatian dokter secara pribadi pada pasien (40%), pengetahuan ilmiah yang dimiliki dokter (35%) serta kenyamanan pelayanan yang dirasakan pasien.

Sejalan dengan hasil penelitian Made Nopy Diah Sundari, (2014), bahwa pentingnya standar pelayanan sesuai akreditasi KARS dalam memberikan keselamatan bagi pasien dan staf di RSUP Sanglah Denpasar. Standar keselamatan pasien dan staf merupakan hal yang menentukan kualitas pelayanan kesehatan. Semakin baik standar *patient safety* institusi pelayanan kesehatan, maka kualitas pelayanan kesehatan yang dihasilkan akan semakin baik. Standar pelayanan kesehatan yang baik dari suatu rumah sakit salah satunya berasal dari *outcome* pelayanan.

Berdasarkan wawancara dengan informan tentang sistem dan mekanisme untuk mendidik pasien/keluarga atau pengunjung terkait keselamatan pasien, saat ini program promosi kesehatannya sudah ada di RSUP DR.M Djamil Padang. Kegiatan promosi tersebut diberikan dalam bentuk penyuluhan, sosialisasi langsung ke pasien, edukasi ke keluarga, atau pengunjung, penyebaran leaflet dan penyampaian informasi melalui benner. Sedangkan program proaktif untuk redesain proses dan identifikasi risiko keselamatan, dimana rumah sakit sudah menggunakan analisa FMEA/HFMEA dan hal ini sudah sering dilakukan dari Komite Mutu/KMMR. Apapun bentuk kegiatan yang dilakukan terkait hal keselamatan pasien maupun untuk merencanakan dan redesain proses manajemen, anggaran yang digunakan adalah dari rumah sakit atau dana BLU. Kesimpulan dari berbagai pendapat diatas akhirnya mutu pelayanan

kesehatan harus dapat memenuhi harapan konsumen yang bisa diukur dengan kepuasan dan keluhan pasien, apakah mutu memenuhi kebutuhan konsumen seperti yang ditentukan profesi dengan menggunakan prosedur dan standar profesi yang diyakini memberikan hasil yang dapat diamati, dan bagaimana proses pelayanan kesehatan menggunakan sumber daya yang efisien di dalam memenuhi kebutuhan konsumen.

5) Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien

Berdasarkan Permenkes No. 69 tahun 2014, salah satu kewajiban rumah sakit adalah membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan

kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien. Agar program keselamatan pasien dapat diimplementasikan secara optimal, organisasi pelayanan kesehatan atau rumah sakit harus mengembangkan sistem untuk mencegah dan mengurangi kerugian. Prinsip pengembangan sistem tersebut didasari atas tiga hal yaitu, bagaimana mendesain sistem agar setiap kesalahan dapat dilihat, bagaimana merancang sistem agar efek suatu kesalahan dapat dikurangi, dan bagaimana merancang sistem agar tidak terjadi kesalahan. Sekaitan dengan hal dimaksud diperjelas oleh pendapat J.B Suharjo, (2014), bahwa upaya yang dilakukan adalah melakukan standarisasi prosedur, akreditasi rumah sakit, regulasi terhadap staf medis maupun non medis, penggunaan teknologi, pengembangan sistem pelaporan, merancang lingkungan kerja yang kondusif.

Dari hasil penelitian yang diperoleh bahwa sasaran keselamatan pasien belum terimplementasi dengan maksimal dan konsisten di RSUP DR.M.Djamil Padang. Secara keseluruhan untuk implementasi dari masing-masing SKP 1 s.d SKP 6 masih belum konsisten. Penerapan dari keempat PPA di pelayanan rawat inap masih kurang terutama dalam kepatuhan melaksanakan identifikasi pasien saat memberikan tindakan maupun pengobatan dan pengurangan risiko cedera akibat jatuh pada pasien. Hal ini juga disebabkan masih kurangnya penerapan petugas terhadap SOP, belum adanya keseragaman persepsi dari PPA dalam penulisan identitas pasien didalam rekam medis pasien.

Alasan yang dikemukakan antara lain karena keterbatasan waktu bagi petugas untuk melaksanakannya, kebiasaan petugas yang belum terbiasa terhadap perubahan (budaya kerja dan perilaku), faktor keterbatasan tenaga yang tidak sesuai dengan beban kerja, sehingga lemahnya pengawasan terhadap pasien yang beresiko jatuh. Dari sisi kelengkapan sarana prasarana yang masih belum tercukupi, seperti barcode/ stiker untuk identitas pasien, gelang pasien, *handrill* dan bel sehingga mempengaruhi implementasi di lapangan.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ratih Dwi Octaria *et.al*, (2014), menjelaskan bahwa hasil implementasi 6 SKP di RSUD DR.R.Soetijono Blora dalam kesiapan akreditasi rumah sakit versi 2012 mendapatkan rata-rata skor 41,21%. Diantara hambatan yang ditemui antara lain kurangnya sosialisasi dari pihak manajemen, masih kurangnya jumlah SDM, sarana yang masih belum lengkap, kurangnya penerapan dan evaluasi SOP, kurangnya kesadaran diri dari

petugas, kurangnya edukasi dari pihak manajemen mengenai keselamatan pasien. Berkaitan dengan penelitian yang dilakukan oleh Puguh Danu Sanjaya *et.al.* (2017), bahwa hasil observasinya mengenai kondisi sarana dan fasilitas di Rumah Sakit RS Pupuk Kaltim masih terdapat tempat tidur yang belum aman, brankar yang tidak aman, alas kaki untuk pasien belum ada, gelang penanda risiko jatuh masih sering kosong. Diperkuat dengan pendapat Cahyono, (2008), sebuah studi melaporkan bahwa kegagalan alat menjadi penyebab 14% insiden klinis anastesi. Faktor peralatan dan sumber daya lainnya yang terkait, juga sebagai faktor utama yang dapat berperan terhadap insiden keselamatan pasien,

Berbagai upaya yang sudah dilakukan RSUP DR. M.Djamil untuk meningkatkan kualifikasi staf terkait implementasi sasaran keselamatan pasien seperti resosialisasi, bimbingan teknis, pelatihan, workshop, *inhouse training*, expo, ujian/ osche dan uji petik tentang *patien safety* dan enam SKP.

Dikembangkan dengan dimensi mutu pelayanan oleh Parasuraman, (2005), implemntasi ini sangat berkaitan dengan dimensi, *Tangibles*, *Reliability*, *Assurance*, dan *Emphaty*. Implementasi standar keselamatan pasien sangat berkaitan erat dengan pemberian asuhan pasien dari berbagai profesi. Asuhan pasien dilaksanakan oleh para professional pemberi asuhan (PPA) yang bekerja secara tim ("Tim Interdisiplin"). Peran dokter/ DPJP adalah sebagai koordinator proses pengelolaan asuhan medis atau ketua tim (*team leader*) haus proaktif mengintegrasikan asuhan pasiennya dengan tugas menjaga terlaksananya asuhan medis komprehensif-terpadu-efektif, menjaga keselamatan pasien, meningkatkan komunikasi efektif, membangun sinergisme dengan mendorong penyesuaian pendapat (*adjustment*) antar anggota tim.

Sebagai tindak lanjut dari permasalahan tersebut diatas maka diperlukan komitmen, dukungan penuh dan keterlibatan langsung dari pimpinan rumah sakit. Perlu dilakukan evaluasi yang rutin untuk semua prosedur dan kebijakan yang sudah ditetapkan. Rumah sakit harus melengkapi semua sumber daya manusia serta sarana yang berkaitan dengan sasaran keselamatan pasien.

6.2.2.3 Monitoring dan Evaluasi

Secara keseluruhan pelaksanaan monitoring dan evaluasi kegiatan keselamatan pasien di RSUP DR. M.Djamil Padang sudah berjalan cukup baik dan sudah terlaksana secara rutin dengan mengacu pada *tools* standar akreditasi

versi 2012. Bukti pencatatan pelaporan monev di KMMR yang sudah ada seperti, dokumen laporan bulanan penerapan SKP, indikator mutu dan indikator PPI. Sudah adanya rekap pencatatan pelaporan SKP secara berkala yang sudah divalidasi oleh sub komite KPRS untuk diteruskan ke direktur utama.

Dari hasil wawancara semua informan didapatkan bahwa dari masing ruangan sudah mempunyai PIC pengumpul data dan validator. Kegiatan monev dan supervisi ke seluruh ruangan dilakukan oleh Karu untuk mengevaluasi penerapan SKP, melihat kesiapan dari sisi SDM, kebenaran tindakan, dan ketersediaan sarana pendukung. Hasil monev diberikan sebagai bahan laporan berkala dari KMMR ke direktur utama.

Sebagai penanggung jawab pelaksanaan monitoring dan evaluasi di rawat inap adalah Ka. Instalasi sampai kepala ruangan. RS sudah menunjuk tim asesor internal adalah dari manajer instalasi, pejabat struktural), KMMR, komite PPI dan komite K3RS. Untuk jadwal kunjungan monev dari asesor internal yaitu dua kali dalam seminggu. Pelaporan dari hasil monev diserahkan oleh unit kerja ke KMMR setiap bulan. Kendala yang ditemui adalah para tim monev yang sudah ditunjuk dari RS ada yang belum konsisten dengan jadwal yang telah ditetapkan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan pendapat yang dikemukakan oleh Rumampuk, M.V. (2013), bahwa semakin baik supervisi yang dilakukan akan lebih meningkatkan pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana. Dukungan organisasi dalam hal ini dari pimpinan rumah sakit juga sangat penting dalam upaya menciptakan budaya keselamatan pasien secara optimal di rumah sakit.

Penelitian ini diperkuat berdasarkan pendapat ahli mutu oleh Lori DiPrete Brown, yaitu kompetensi teknis (*technical competence*), berupa keterampilan, kemampuan dan penampilan petugas, manajer dan staf pendukung, serta bagaimana cara petugas mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan dalam hal kepatuhan, ketepatan, kebenaran dan konsistensi. Dimensi ini relevan untuk pelayanan klinis maupun non klinis. Kurangnya kompetensi teknis dapat bervariasi dari penyimpangan kecil terhadap prosedur standar sampai kesalahan yang besar dan terkait dengan efektivitas pelayanan .

Aplikasi dari suatu supervisi atau monitoring evaluasi dapat dicapai oleh supervisor yang memiliki persepsi positif untuk staf yang disupervisi. Dihubungkan dengan kemampuan supervisor untuk mempertahankan kinerja staf yang baik dengan cara menciptakan lingkungan kerja yang kondusif, menyusun

dan mensosialisasikan suatu perencanaan, mengidentifikasi kebutuhan dan permasalahan yang diperlukan untuk memberikan dukungan lebih lanjut, mempertahankan standar yang ada, dan memberikan kepercayaan pada staf sehingga hal tersebut dapat meningkatkan profesionalisme dan menciptakan kualitas pelayanan yang bermutu.

Dapat disimpulkan bahwa monitoring dan evaluasi bertujuan untuk mengetahui apakah pelaksanaan kegiatan sudah sesuai dengan perencanaan dan SOP yang ada. Monitorong dan evaluasi bisa dilakukan dengan turun langsung ke lapangan dan bisa juga melalui pertemuan rutin bulanan.

6.2.3 Komponen Output

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa hasil capaian target kepatuhan dalam penerapan upaya pencapaian standar enam sasaran keselamatan pasien di RSUP DR. M.Djamil Padang, belum seluruhnya tercapai sesuai yang diharapkan. Data tersebut dibuktikan dari dokumen laporan hasil capaian SKP di KMMR dan laporan suvey PPI setiap bulan dan tahunan. Dari keenam sasaran tersebut yang sangat menjadi perhatian utama bagi keempat PPA dalam penerapan keselamatan pasien adalah kepatuhan petugas terhadap pelaksanaan identifikasi pasien dan pencegahan kejadian pasien jatuh, karena masih ada profesi yang belum konsisten dalam implementasinya.

Dari hasil observasi yang didapat sebagai bukti pendukung lainnya seperti adanya kegiatan rapat di instalasi dan rapat di KMMR yang membahas tentang hasil capaian SKP. Adanya jadwal kunjungan dari komite mutu/ KMMR, asesor internal dan komite PPI untuk supervisi ke ruangan. Sedangkan faktor pengurang dalam hal ini antara lain masih ada profesi (PPA) yang belum konsisten menerapkan SKP sesuai standar yang telah ditetapkan.

Hasil penelitian ini serupa dengan penelitian Tri Puji Astuti (2013), menyatakan bahwa semakin tinggi implementasi keselamatan pasien maka semakin baik mutu suatu rumah sakit, ketika pasien terkena insiden maka pasien akan beralih ke rumah sakit lain. Ketidak puasan pasien akan sangat berpengaruh pada kualitas atau mutu pelayanan. Ketika pasien mendapatkan pelayanan yang aman di rumah sakit akan mengdongkrak *customer feeding*. Keselamatan pasien dan mutu rumah sakit selalu berkorelasi positif.

Menurut Wijono, (2000), rumah sakit perlu membuat strategi mutu dalam menjaga keberlangsungan implementasi standar kualitas pelayanan yaitu, (1), *quality assurance* (jaminan mutu), strategi ini merupakan program untuk mendesain standar pelayanan kesehatan dan mengevaluasi pelaksanaan standar, (2), *Continuous Quality Improvement* (peningkatan mutu berkelanjutan), semuanya mengacu pada kepuasan pasien dan perbaikan mutu menyeluruh, (3), *Total quality manajemen* (manajemen kualitas menyeluruh) adalah suatu cara meningkatkan performansi secara terus menerus pada setiap level proses, dalam setiap area fungsional dari suatu organisasi, dengan menggunakan semua sumber daya manusia dan modal yang tersedia dan berfokus pada kepuasan pasien dan perbaikan mutu secara menyeluruh.

Ditinjau dari konsep dimensi mutu menurut Donabedian, ada tiga pendekatan evaluasi yaitu aspek input, proses, *outcome*. Dijelaskan bahwa mutu pelayanan kesehatan adalah hasil akhir dari kegiatan dan tindakan tenaga profesional terhadap pasien atau suatu interaksi dan ketergantungan antar berbagai aspek, komponen atau unsur organisasi pelayanan kesehatan sebagai suatu sistem.

Dapat disimpulkan bahwa untuk mencapai tujuan pelayanan dan hasil yang berkualitas dan *safety*, RSUP DR. M.Djamil Padang masih perlu melakukan upaya perbaikan dalam peningkatan mutu rumah sakit yang berkesinambungan seperti membudayakan penerapan keselamatan pasien dengan berperilaku profesional sesuai standar dan kaidah yang berlaku, meningkatkan budaya peduli terhadap keselamatan pasien dan petugas, melengkapi ketersediaan sarana prasarana, memenuhi kecukupan SDM yang kurang dari sisi kuantitas maupun kualitas, intens dalam pelaksanaan monev, supervisi, resosialisasi, melibatkan semua unit kerja, semua profesi (PPA/ DPJP), unit komite KMMR, komite PPI, bagian diklat, dan komite K3RS dan satuan kerja penunjang lainnya.

Budaya kerja juga diperlukan dalam menjaga keberlangsungan implementasi standar kualitas pelayanan. Perbaikan-perbaikan secara terus menerus (*continuous improvement*) harus terus dilakukan, tetap mempertahankan budaya kualitas yang ada, sehingga terjadi perubahan kultur (*change of culture*) untuk membentuk dan menanamkan kesadaran diantara para staf di RSUP DR. M.Djamil Padang.

**Tabel 6.1 Masalah, Penyebab, Standar, Dan Solusi Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Di Rawat Inap
RSUP.DR.M.Djamil Padang tahun 2017**

sasaran keselamatan pasien, untuk :

Topik	Masalah	Penyebab	Standar	Solusi
SDM.	1. Banyak pekerjaan rangkap yang dikerjakan oleh profesi (keperawatan), sehingga penerapan sasaran keselamatan pasien kurang optimal. 2. Faktor kekurangan tenaga, beban kerja menjadi lebih tinggi, berdampak terhadap risiko terjadinya insiden keselamatan pasien. 3. Pola SDM/alur kerja belum maksimal. 4. Ketidakpuasan staf karena faktor kondisi pekerjaan yang kurang kondusif, sarana yang kurang, dan harapan staf yang tidak terpenuhi.	1. Keterbatasan jumlah SDM keperawatan dan farmasi. 2. Kekurangan SDM keperawatan sesuai analisa beban kerja (ABK) adalah (30%), SDM farmasi (43%). 3. Data kepuasan staf : 54%, (semester 1-2017)	1. Pimpinan rumah sakit mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk: - mengukur, mengkaji, meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien. 2. Tersedia sumber daya yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja rumah sakit dan perbaikan keselamatan pasien termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut. 3. Pimpinan rumah sakit harus menetapkan persyaratan khusus bagi posisi staf, yaitu: - menetapkan tingkat pendidikan, ketrampilan, pengetahuan dan persyaratan lain yang diperlukan sebagai bagian dari upaya memproyeksikan susunan staf untuk memenuhi kebutuhan pasien. 4. Pimpinan mempertimbangkan faktor berikut ini dalam memproyeksikan/mengestimasi kebutuhan staf : - Misi rumah sakit, - perpaduan antara pasien yang dilayani oleh rumah sakit dengan kompleksitas dengan kepelikan kebutuhan staf - jenis pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit, - teknologi yang digunakan oleh rumah sakit dalam asuhan pasien. (KARS, 2012).	1. Mengusulkan kepadadirektur RS untuk melakukan penambahan SDM keperawatan dan farmasi berdasarkan rasio tenaga dan analisa beban kerja 2. Bagian SDM melakukan penempatan SDM sesuai proporsi kebutuhan ruangan, latar belakang pendidikan dan kompetensinya. 3. Pimpinan bersama bidang dan komite membuat alur kerja berdasarkan uraian tugas dan berdasarkan rincian kewenangan klinis yang jelas dari masing-masing profesi, diberlakukan dengan SK Dirut. 4. KMMR dan KPRS melakukan survey kepuasan staf secara berkala dan kontinue untuk perbaikan mutu RS
Sarana	1. Ketersediaan sarana untuk penerapan sasaran keselamatan pasien belum sesuai kebutuhan. 2. Petugas tidak optimal	1. Keterbatasan sarana diruangan rawat inap karena proses pengadaan dan pemeliharaan	1. Sarana prasarana rumah sakit harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh Menteri. 2. Peralatan yang dimiliki rumah sakit harus memenuhi standar yang ditetapkan. 3. Sarana yang dibutuhkan terkait dalam pelaksanaan enam	1. Pimpinan RS melengkapi sarana dan fasilitas untuk keselamatan pasien sesuai dengan standar akreditasi kerja 2. Seluruh satuan unit mengoptimalkan sistem

	melakukan enam SKP diruangan sesuai standar keselamatan pasien. 3. Pengadaan tissu sering kosong, 4. Stiker pasien sering terputus dalam proses pengadaan, 5. Wastafel $\pm 30\%$ rusak 6. Telpn 8 unit tidak berfungsi, 7. Bel kamar pasien belum ada 8. Handraill sebagian besar belum terpasang Segitiga kuning untuk penanda resiko jatuh banyak yang sudah rusak	2. sarana belum optimal. 3. Proses pengadaan yang lama terkait dengan birokrasi yang panjang sering berdampak terhadap pelayanan.	1. ketepatan identifikasi pasien, berupa: - gelang identitas, - gelang penanda, - barcode, label atau stiker. 2. peningkatan komunikasi efektif berupa; - telepon, phonetic alfabeth / lembaran alfabeth. 3. peningkatan keselamatan penggunaan obat-obat yang perlu diwaspadai diperlukan - label obat "<i>high alert</i>", label LASA - lemari khusus untuk penyimpanan obat-obat "<i>high alert</i>" 4. ketepatan lokasi/sisi, tepat prosedur dan tepat orang yang operasi, menggunakan - pena khusus untuk alat penanda (<i>site marker</i>) atau menggunakan penanda yang tidak mudah terhapus seperti gentian violet dan - format <i>surgical safety checklist</i>. 5. pengurangan risiko infeksi melalui penerapan 6 (enam) langkah cuci tangan sesuai standar WHO, berupa - peralatan <i>hand hygiene (handscrub)</i>, - kertas tissue atau kain lap <i>disposable</i>, - media informasi untuk sarana promosi. 6. pengurangan risiko cedera karena pasien jatuh berupa, - tempat tidur <i>safety</i> (dengan menggunakan penghalang) - penanda segitiga berwarna kuning - gelang kuning, - handrail serta fasilitas lainnya di rumah sakit yang mendukung keamanan pasien dari resiko cedera. (Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Kemkes RI, 2015)	perencanaan dalam pengadaan barang melalui mekanisme dan aturan yang berlaku di internal rumah sakit. 3. Unit kerja/ Instalasi melakukan koordinasi yang intens dengan unit kerja terkait seperti IPSRS terkait pemeliharaan/ kecukupan sarana RS 4. Dibutuhkan terobosan dari pihak manajemen untuk memangkas birokrasi yang panjang terkait proses pengadaan barang
--	---	---	---	--

Topik	Masalah	Penyebab	Standar	Solusi
Pelaporan	1. Pelaporan insiden ditingkat internal rumah sakit belum optimal 2. Budaya melaporkan dari petugas ruangan terhadap insiden masih kurang. 3. Masih ada ruangan/unit kerja yang tidak melaporkan IKP ke KKPRS. 4. Laporan sering disembunyikan/ <i>underreport</i>, karena takut disalahkan 5. Pengisian laporan ada yang belum sesuai dengan juknis 6. Pengiriman laporan ke KKPRS sering tidak tepat waktu 7. Jumlah insiden keselamatan pasien yang dilaporkan pada triwulan 3- 2017, sebanyak 7 kasus (KTD 1 kasus, KNC 6 kasus)	1. Kurangnya motivasi petugas dan unit kerja dalam memberikan laporan keselamatan pasien ke KKPRS. 2. Kesadaran petugas melaporkan IKP masih kurang 3. Kurangnya kemampuan dan komitmen petugas dalam pembuatan dan pengiriman laporan. 4. Laporan dipersepsikan sebagai "pekerjaan perawat"	Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Berdasarkan Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Kemkes RI, Tahun 2015. ALUR PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN	1. Pimpinan unit selalu terbuka untuk memotivasi petugas terkait pelaporan insiden keselamatan pasien dengan cara menghilangkan “rasa menyalahkan” 2. Setiap laporan insiden yang sudah dilaporkan agar dapat disosialisasikan solusi serta tindaklanjut yang sudah dikeluarkan oleh KKPRS 3. Selalu mencari akar masalah dalam setiap insiden untuk menumbuhkan budaya berani melaporkan setiap insiden. 4. Semua petugas RS harus diberikan pelatihan menganalisis sistem pelaporan insiden mulai dari : - maksud, tujuan dan manfaat laporan, - alur pelaporan, - bagaimana cara mengisi formulir laporan insiden, - kapan harus melaporkan, - pengertian- pengertian yang digunakan dalam sistem pelaporan - cara menganalisa laporan.

Topik	Masalah	Penyebab	Standar	Solusi
Implementasi	1. PPA kurang mengikuti kebijakan keselamatan pasien rumah sakit. 2. Belum semua PPA yang komitmen dan konsisten terhadap implmentasi regulasi yang sudah di tetapkan oleh direktur RS: 3. Pelaksanaan idenfikasi pasien yang tidak tepat, asesmen pasien yang tidak lengkap, dan pelaporan insiden nyang masih kurang 4. Capaian implementasi enam sasaran keselamatan pasien secara keseluruhan belum maksimal yaitu 89%, masih kurang dari standar KARS 100%.	1. Implementasi penerapan SKP 1 s.d SKP 6 (enam) masih belum optimal dan belum konsisten dari keempat PPA 2. Kurangnya penerapan standar prosedur (SOP) 6 (enam) SKP bagi PPA 3. Penerapan SKP bagi petugas belum menjadikan budaya dalam pekerjaan rutinitas	1. Rumah Sakit meningkatkan ketelitian identifikasi pasien yaitu: - pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien. - Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah. - Pasien diidentifikasi sebelum pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis. - Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/ prosedur - Praktek identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi. 2. Rumah sakit meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi pelayanan dengan cara: - Perintah lisan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut. -Perintah lisan melalui telpon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut. -Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut. 3. Rumah sakit memperbaiki / meningkatkan keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (<i>high-alert</i>) dengan memperhatikan: - Kebijakan dan/atau prosedur untuk mengatur identifikasi, lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai. - Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis. -Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien diberi label yang jelas dan disimpan dengan cara yang membatasi akses (<i>restrict access</i>)	1. Meningkatkan dan mengoptimalkan penerapan prosedur enam sasaran keselamatan pasien terutama bagi keempat PPA 2. Pertahankan kegiatan monev yang sudah ada, jika perlu lebih ditingkatkan 3. Konsisten dengan jadwal monev/ supervisi yang telah ditetapkan supaya mendapatkan hasil yang lebih maksimal 4. Evaluasi kinerja staf terkait penerapan SPO mengacu kepada panduan indikator <i>patien safety</i> 5. Melakukan <i>assessment</i> keselamatan pasien ketika pasien masuk 6. Selalu diskusikan dalam tim mengenai pasien <i>safety</i> yang dilakukan secara <i>accidental</i>. 7. Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya. 8. Rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan

			4. Rumah sakit memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi : -Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang segera dikenali untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien dalam proses penandaan / pemberian tanda. -Rumah sakit menggunakan suatu checklist atau proses lain untuk melakukan verifikasi praoperasi tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat/benar, dan fungsional. -Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat/ mendokumentasikan prosedur “sebelum insisi / <i>time-out</i>” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur / tindakan pembedahan. 5. Rumah sakit mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan : -Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman <i>hand hygiene</i> terbaru (<i>WHO</i>). -Rumah sakit menerapkan program <i>hand hygiene</i> yang efektif. -Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mendukung pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan. 6. Rumah sakit mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh yaitu: - Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal risiko pasien jatuh - Melakukan asesmen ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan. - Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik tentang keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh maupun dampak yang berkaitan secara tidak disengaja. (KARS, tahun 2012)	untuk staf tentang kerjasama kelompok (<i>teamwork</i>) guna mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.
--	--	--	--	--

Topik	Masalah	Penyebab	Standar	Solusi
Pelaksanaan standar	1. Sebagian besar pemberian penjelasan, informasi, <i>Informed consent</i>, dan edukasi kepada pasien atau keluarga dilakukan oleh peserta didik (dokter <i>chift residen</i>). 2. Lembaran informasi dan edukasi masih ada yang tidak terisi oleh dokter residen/DPJP di dalam rekam medis pasien. 3. Masih ada komplain pasien terkait dengan mutu pelayanan 4. Hasil survey kepuasan pasien terkait pelayanan: 77,8%, standar 85% (2017)	Belum optimalnya pelaksanaan standar pelayanan yang diberikan oleh DPJP dalam pemberian informasi/ edukasi kepada pasien, keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan yang dilakukan.	1. Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan. 2. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan. 3. Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) sesuai dengan standar, panduan praktik kedokteran, hak pasien dan keluarga. 4. Pasien dan keluarga mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden. 5. Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bilamana terjadi insiden, dan segera berikan kepada mereka informasi yang jelas dan benar secara tepat. (Permenkes, 1691/ 2011)	1. Perlu dukungan manajemen dalam mengimplementasikan standar kualitas pelayanan dengan menjalankan fungsi <i>planning, organizing, actuating, dan controlling</i>. 2. Semua aktivitas pelayanan di RS harus didukung oleh sistem yang terintegrasi dengan standar – standar baku dalam SPO, buku panduan, sebagai pedomannya 3. Memberlakukan sistem <i>reward</i> dan kompensasi yang dapat meningkatkan kinerja staf/DPJP/PPA dan meningkatkan standar kualitas pelayanan.
Output	Hasil pelaksanaan penerapan keselamatan pasien di rawat inap RSUP.DR.M.Djamil Padang : 89%	Penerapan sasaran keselamatan pasien yang masih banyak dalam proses perbaikan peningkatan (<i>continue profesional development</i>)	Didalam standar Akreditasi / KARS 2012, target capaian angka kepatuhan petugas terkait penerapan enam sasaran keselamatan pasien 100%. Angka insiden 0% (KARS , 2012) , (Kemkes, 2015).	1. Melakukan inventarisir kegiatan gerakan <i>patien safety</i> yang perlu dilaksanakan yaitu, lakukan prioritas kegiatan 2. Membuat komitmen dan pembagian tugas yang jelas antara manajemen, bindal, pimpinan unit kerja, dan PPA terkait optimalisasi peningkatan penerapan indikator mutu dan

				sasaran keselamatan pasien di rumah sakit 3. Meningkatkan kualitas pelaporan IKP dari ruangan ke KPPRS sesuai alur dan juknis 4. Meningkatkan kualitas pelaksanaan standar pelayanan sesuai dengan aturan yang ditetapkan dan hak pasien.
--	--	--	--	---

BAB VII

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Penerapan upaya pencapaian standar enam sasaran keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUP DR.M.Djamil Padang tahun 2017 belum keseluruhan terlaksana dengan baik dan maksimal dari segi *input*, proses, *output*. Beberapa kesimpulan dapat diuraikan sebagai berikut :

7.1.1 **Komponen Input**

7.1.1.1 Dalam penerapan upaya pencapaian standar enam sasaran keselamatan pasien bagi profesi pemberi asuhan di rawat inap, rumah sakit sudah berpedoman kepada kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah pusat yaitu Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011. Kebijakan internal terkait standar keselamatan pasien yang dibuat rumah sakit sudah mengacu kepada kebijakan pusat dan KARS

7.1.1.2 Aktivitas pelayanan dan pelaksanaan kegiatan program keselamatan pasien di rumah sakit telah didukung oleh standar – standar baku yang terdapat dalam buku-buku panduan dan Standar Prosedur Operasional sebagai pedoman yang mengacu kepada Kemenkes dan standar KARS. Kebutuhan buku panduan dan standar prosedur sudah mencukupi untuk seluruh instalasi pelayanan (SOP terlampir).

7.1.1.3 Sumber daya manusia yang bergerak sebagai pengelola program keselamatan pasien adalah Sub komite KPRS/KMMR. Dari sisi kuantitas, jumlah tenaga profesional (PPA) masih ada yang belum tercukupi yaitu profesi keperawatan dengan kekurangan tenaga sebanyak 367 orang (30%), tenaga farmasi sebanyak 80 orang (43%), untuk profesi medis dan tenaga gizi jumlah relatif cukup. Dari sisi kualifikasi *knowledge* para tenaga profesional umumnya cukup memadai. Sebagai penanggung jawab program kegiatan keselamatan pasien rumah sakit yaitu, Direktur, Komite KPRS, Kelompok Staf Medik (KSM), Kepala Bidang, Kepala Seksi sampai Ka.Instalasi (lihat tabel 5.11)

7.1.1.4 Metode yang digunakan dalam penerapan upaya pencapaian standar enam sasaran keselamatan pasien di rawat inap yaitu supervisi, *inhouse*

training, workshop, sosialisasi, monitoring dan evaluasi, *executive walk around*, ronde empat PPA dan *brain storming*, uji petik, osche, metode SBAR untuk proses komunikasi antar pemberi layanan, metode PDCA.

7.1.1.5 Ketersediaan sarana penunjang dalam penerapan upaya pencapaian standar enam sasaran keselamatan pasien di rawat inap secara umum sudah ada tapi belum sepenuhnya optimal, seperti wastafel 30% tidak berfungsi, segitiga kuning penanda risiko jatuh 27% rusak, alat telepon 18% tidak berfungsi, *handrail* dan bel belum terpasang di semua ruangan perawatan pasien, tisu masih ada yang kosong diruang perawatan. Masih terkendala dalam proses pengadaan barang serta proses pemeliharaan sarana (lihat tabel. 5.20)

7.1.1.6 Anggaran RS yang diperlukan untuk mendukung standar keselamatan pasien sudah memadai, dan sudah termasuk didalam biaya operasional pelayanan rumah sakit per tahun mengacu kepada RAB dan Renstra RSUP DR.M.Djamil Padang tahun 2015-2019. Sumber dana melalui dana pusat (KEMKES), APBN, dana BLU.

7.1.2 **Komponen Proses**

7.1.2.1 Perencanaan program keselamatan pasien sudah dilaksanakan dengan melibatkan seluruh instalasi pelayanan, struktural, serta unit terkait, berpedoman pada Permenkes No. 1691/2011.

7.1.2.2 Pengorganisasian gerakan keselamatan pasien sudah dibentuk. Struktur organisasi sudah diperkuat dengan SK Dirut. Kegiatan organisasi keselamatan pasien sudah berjalan aktif. Sebagai penanggung jawab/ PIC di unit kerja langsung Ka.Instalasi (medis). Hubungan kemitraan antar profesi dalam penerapan *Patient Safety* dari ke empat PPA di rawat inap sudah terjalin baik (SK Struktur Organisasi revisi 2017 terlampir).

7.1.2.3 Pergerakan dan Pelaksanaan

1. Membudayakan keselamatan pasien di rumah sakit

Penerapan budaya keselamatan pasien di rawat inap belum berjalan optimal sesuai harapan dan standar akreditasi, hasil survey budaya keselamatan pasien di tahun 2016 yaitu 63,6% (standar KARS $\geq$ 80%), belum menjadikan budaya bagi tenaga profesional dalam bekerja. Upaya

pimpinan rumah sakit sudah membentuk tim asesor internal dari para pimpinan unit kerja untuk melakukan monev, promosi keselamatan pasien kepada semua petugas, pasien, keluarga, pengunjung RS melalui penyuluhan, edukasi, diskusi, praktek/ demonstrasi, melakukan resosialisasi tentang penerapan sasaran keselamatan pasien melalui rapat/pertemuan dengan para PPA dan staf RS.

2. Pendidikan dan pelatihan staf

Pembekalan staf dalam meningkatkan pengetahuan tentang *patient safety* khususnya pada SKP 1 sampai SKP 6, umumnya sudah banyak diberikan melalui program kegiatan diklit rumah sakit. Materi pelatihan keselamatan pasien rumah sakit merupakan materi wajib dalam standar layanan orientasi internal (LOI) ditujukan kepada setiap pegawai baru, mahasiswa praktek, magang/ residensi. Pelatihan khusus untuk petugas umumnya di *update* setiap 2 tahun sekali. Sumber dana pelatihan dianggarkan melalui bagian keuangan rumah sakit.

3. Pelaporan

Sistem pelaporan dan alur pelaporan insiden keselamatan pasien sudah ada, mengacu kepada aturan Permenkes No.1691/2011. Pelaksanaan belum optimal karena budaya melapor dari petugas ruangan masih kurang. Pelaporan insiden dari unit kerja baru sebagian kecil melaporkan kekomite KPRS. Upaya dari manajemen adalah memberikan reward berupa penghargaan/piagam bagi unit kerja yang komitmen melaporkan insiden keselamatan pasien (IKP). Secara berkala RSUP DR.M.Djamil Padang telah mengirimkan laporan insiden keselamatan ke Kemenkes terkait insiden keselamatan pasien rumah sakit (format pelaporan insiden terlampir).

4. Pelaksanaan standar

Penetapan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) di ruangan rawat inap sudah dilaksanakan, berdasarkan SK Dirut tahun 2015. Pemberian informasi atau penjelasan pada pasien tentang rencana dan hasil pelayanan dari DPJP belum maksimal, belum mengarah kepada Permenkes 1691/2011, standar kualitas pelayanan, buku panduan pelayanan DPJP, standar akreditasi KARS, sebagian besar masih dilakukan oleh dokter residen. Hasil survey kepuasan pasien terkait

pelayanan tahun 2017 yaitu: 77,8%, belum sesuai harapan (standar $\geq 85\%$). Pelaksanaan program proaktif di rumah sakit sudah terlaksana dengan pengelolaan risiko menggunakan metode FMEA yang dilakukan minimal 1 kali dalam setahun.

5. Implementasi sasaran keselamatan pasien

Implementasi enam sasaran keselamatan pasien dari keempat PPA di rawat inap RSUP Dr.M.Djamil masih belum mencapai standar. Capaian penerapan sasaran keselamatan pasien 89%, standar yang ditetapkan KARS 100%. Masih kurangnya penerapan terhadap kebijakan dan SOP keselamatan pasien, masih terdapat 7 insiden keselamatan pasien tahun 2017 yang seharusnya *zero* insiden (salah pasien, darah *expire date*, salah obat, tidak dilakukan verifikasi hasil labor kritis). Tindak lanjut yang sudah dilakukan dari 1 KTD yaitu *Root Cause Analysis* (RCA). Dari keenam sasaran, untuk SKP 1 dan SKP 6 menjadi perhatian utama karena belum menjadi budaya bagi profesi dalam penerapannya (lihat gambar 5.4).

7.1.2.4 Monitoring dan Evaluasi

Kegiatan monitoring dan evaluasi program penerapan sasaran keselamatan pasien di rawat inap di RSUP DR. M.Djamil Padang sudah terlaksana secara rutin dari Instalasi, Komite KMMR, KPRS, Komite PPI, K3RS. Rumah sakit sudah menggunakan format pencatatan, pelaporan data monev yang terstandar berdasarkan akreditasi versi 2012. Hasil kegiatan monev yang sudah divalidasi oleh tim sub komite KPRS dilaporkan ke direktur utama setiap bulan oleh penanggungjawab mutu/ KMMR

7.1.3 Komponen Output

Pencapaian target kepatuhan petugas (PPA) dalam penerapan enam sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang, belum seluruhnya tercapai sesuai yang diharapkan. Jumlah rata-rata pencapaian dari ke enam sasaran (SKP) tahun 2017 yaitu 89%, standar kepatuhan dalam pencapaian standar enam sasaran keselamatan pasien

adalah 100%, untuk angka insiden/ IKP sebanyak 7 kasus, standar IKP adalah 0%.

7.2 Saran

7.2.1 Kepada Direktur Rumah sakit :

1. Mendukung kebijakan internal untuk pelaksanaan supervisi manajemen (*executive walk around*) secara berkala minimal 1 bulan sekali untuk 13 instalasi pelayanan perawatan, dengan melibatkan pejabat struktural (Kabid/ Kabag, Kasie/ Ka.Sub Bag) sebagai bindal pelayanan, dalam rangka memonev penerapan kebijakan sasaran keselamatan pasien pada staf dan PPA.
2. Membuat kebijakan internal tentang pemberlakuan sistem *reward* dan konsekuensi berupa penurunan nilai Indeks Kinerja Individu (IKI) staf atau berupa hukuman disiplin pegawai berdasarkan PP No. 53 tahun 2010 terkait pelanggaran kewajiban sebagai ASN, sehingga dapat meningkatkan kinerja staf/ DPJP/ PPA dalam implementasi standar kualitas pelayanan dan keselamatan pasien rumah sakit
3. Melakukan pembinaan dan pengawasan kegiatan keselamatan pasien yang dilaksanakan oleh TKPRS secara berkala minimal 3 bulan sekali.
4. Menyiapkan sarana dan fasilitas untuk keselamatan pasien sesuai dengan standar akreditasi melalui pengadaan dan penyediaan secara berkelanjutan seperti stiker identitas pasien, segitiga penanda resiko jatuh, tissu, pemasangan *handrail*, bel , perbaikan wastafel dan telepon yang rusak, dengan melibatkan dan mengoptimalkan unit-unit/ bagian terkait (Instalasi pelayanan, IPSRS, Bagian Umum, Bagian Perencanaan, Bagian Keuangan, ULP) dalam proses perencanaan, pengadaan, pemeliharaan serta monitoring dan evaluasi berkala.
5. Membuat kebijakan internal dari pihak manajemen beserta jajaran struktural untuk memangkas alur birokrasi yang panjang terkait proses pengadaan barang dan alkes.

7.2.2 Kepada Kepala Bagian SDM dan Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan

1. Melakukan distribusi tenaga secara merata sesuai proporsi kebutuhan ruangan (jumlah pasien, BOR, tingkat ketergantungan pasien, *lay out* runagan)
2. Melakukan penghitungan tenaga dengan menggunakan analisa beban kerja (ABK) atau *time motion study*, terkait kesesuaian jumlah SDM di pelayanan.
3. Melakukan rekrutmen SDM terutama profesi keperawatan dengan penambahan sekitar 367 orang dan farmasi sebanyak 80 orang sesuai latar belakang pendidikan dan kompetensi secara bertahap dalam kurun waktu yang ditentukan berdasarkan perencanaan RS (RAB), sangat perlu untuk menunjang pelayanan kesehatan, keselamatan pasien dan meminimalkan tugas rangkap dalam pelayanan.
4. Melakukan survey kepuasan staf minimal 1 tahun sekali untuk perbaikan mutu RS
5. Membuat terobosan dalam mempersingkat daftar antrian panjang terhadap pasien masuk rawat inap dengan membuat pengembangan layanan seperti penambahan kapasitas tempat tidur *safety*, penambahan ruangan rawatan (ruang transit, Ruang Observasi Intensive, Intensive Care, HCU), kecukupan jumlah SDM, kelengkapan alat medis yang memadai sesuai tipe RS kelas A, serta berkoordinasi dengan unit SIMRS dalam pemanfaatan sistem IT yang terintegrasi, proses informasi yang cepat melalui IT, agar terwujudnya kepuasan pelanggan serta meminimalkan komplain pasien.

7.2.3 Kepada Komite KMMR dan Sub Komite KPRS RSUP.DR.M.Djamil Padang:

1. Menggiatkan secara rutin kegiatan monev keseluruhan unit pelayanan dengan melibatkan para PIC, para *champion*, Bindal terkait (struktural) minimal 1 kali sebulan tentang penerapan keselamatan pasien dan peningkatan standar mutu RS, dengan menggunakan format ceklist monev yang terstandar (ceklist monev terlampir).
2. Melakukan pengukuran budaya keselamatan pasien secara menyeluruh di semua unit, dilakukan secara periodik minimal 1

tahun sekali dan sosialisasikan ke unit terkait hasil survey untuk perbaikan kedepan.

3. Melakukan pengukuran survey kepuasan pasien secara berkala setiap 3 bulan sekali
 4. Memberikan *feedback* ke unit kerja dan staf RS terhadap hasil survey agar dapat ditindaklanjuti dan melakukan *countinuous improvement* dengan metode PDCA.
 5. Membuat pelatihan untuk seluruh petugas dan PPA tentang teknik pelaporan insiden keselamatan pasien setiap 1 tahun sekali, memfasilitasi unit yang aktif dalam memberikan pelaporan.
 6. Melakukan asesmen risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan serta mensosialisasikan hasil dari perubahan tersebut ke seluruh unit kerja
 7. Menyediakan mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, seperti menangani “Kejadian Sentinel” (*Sentinel Event*) atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan “Kejadian Sentinel”, untuk upaya perbaikan angka KTD, angka pencapaian mutu pelayanan dan angka pencapaian standar keselamatan pasien sesuai program pengembangan yang diajukan dari rumah sakit secara berkelanjutan.
1. Melaporkan setiap insiden secara internal kepada TKPRS dalam waktu paling lambat 2x24 jam sesuai format laporan dan selalu konsisten untuk melaporkan semua kejadian terkait dengan keselamatan pasien (Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Diharapkan dan Kejadian Sentinel),
 2. Membuat dan mengoptimalkan sistem perencanaan kebutuhan unit terkait penerapan keselamatan pasien berdasarkan (*plan of action*) POA melalui mekanisme dan aturan yang berlaku di internal rumah sakit
 3. Melakukan koordinasi yang intens minimal sekali dalam 3 bulan dengan unit kerja IPSRS terkait pemeliharaan/ ketersediaan sarana siap pakai dan *safety*.

4. Mengkomunikasikan dengan cepat kendala yang ada di pelayanan dengan pihak manajemen rumah sakit, agar kendala segera dapat diselesaikan untuk keselamatan pasien melalui rapat/ pertemuan atau surat.
5. Melakukan resosialisasi pada staf melalui rapat bulanan secara intens tentang standar sasaran keselamatan pasien di unitnya untuk selalu menerapkan standar sasaran keselamatan pasien secara konsisten dalam kepatuhan pelaksanaan identifikasi pasien, kesadaran mencuci tangan sesuai dengan momen dan prosedur, mencegah cedera, meminimalkan risiko pasien jatuh.
6. Melakukan monitoring dan evaluasi pada seluruh staf dan PPA terkait kepatuhan dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di unitnya minimal 1 kali sebulan dengan menggunakan format ceklist yang terstandar
7. Memberlakukan kebijakan RS terkait *reward* dan *funishment* bagi staf/ PPA di ruangan yang tidak mematuhi standar dalam penerapan SKP (penurunan IKI, hukuman disiplin pegawai), atau sesuaikan dengan kebijakan yang berlaku di internal RS.

7.2.5 Kepada Pengelola Perawatan dan Kepala Ruangan:

1. Diharapkan dapat membangun budaya pelaporan insiden keselamatan pasien di ruangnya, dapat dilakukan dengan memberikan *reward* kepada staf yang melaporkan, sehingga informasi tentang insiden keselamatan pasien dapat diperoleh secara tepat, akurat dan dapat dicari akar permasalahan.
2. Memonitoring dan evaluasi segala aktivitas pelayanan atau pelanggaran yang dilakukan oleh PPA yang tidak sesuai standar keselamatan pasien setiap pemberian asuhan pada pasien maupun keluarga
3. Menerapkan sistem *reward* dan *funishment* bagi staf yang bekerja tidak sesuai standar keselamatan pasien
4. Menyediakan program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden di ruangan perawatan seperti program promosi sasaran keselamatan pasien, edukasi, penyuluhan, demonstrasi *hand hygiene* serta penggunaan alat bantu informasi

yang bertemakan tentang keselamatan pasien RS (*benner*, *lieflet*, *papan petunjuk*)

7.2.6 Kepada bagian Diklat RS:

1. Melakukan fokus *inhouse training*, sosialisasi dan penyegaran tentang sistem pelaporan insiden, penerapan sasaran keselamatan pasien dan standar mutu pelayanan terutama untuk para profesional pemberi asuhan (PPA) dan semua staf RS minimal 1 kali setahun, terintegrasi dengan KMMR
2. Berkolaborasi dengan pimpinan unit kerja/ Instalasi terkait dalam melakukan monitoring dan evaluasi hasil pasca pelatihan bagi semua staf/ petugas/ PPA yang sudah dilatih, agar dapat dilakukan tindak lanjut khusus (*Continuous Professional Development/ CPD*) bagi staf/ PPA yang masih dianggap kurang kompeten.

7.2.7 Kepada para Profesi Pemberi Asuhan (PPA):

1. Komitmen menjalankan regulasi/ aturan/ kebijakan yang sudah ditetapkan berdasarkan SK Direktur yang menyatakan bahwa harus ada dokter penanggung jawab pelayanan diruangan.
2. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan, wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya insiden. (PMK 1691/ tahun 2011, terlampir).
3. Tim Medis sebagai pemimpin (*leader team*) dalam Gerakan Keselamatan Pasien, komitmen dan fokus yang kuat dan jelas untuk mendominasi "penggerak" dalam tim Keselamatan Pasien di rumah sakit.
4. Mengimplementasikan program sasaran keselamatan pasien (SKP1 s.d SKP 6) dengan menggunakan fondasi yang disokong oleh aspek penerapan dan pengembangan teknologi, serta panduan baku (PMK, panduan keselamatan pasien, standar prosedur pelayanan, panduan praktek klinik, rincian kewenangan klinik) agar terwujudnya pelayanan yang bermutu dan aman.
5. Melakukan koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat

pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit.

6. Melakukan komunikasi efektif yang intens dengan gunakan metode SBAR dan transfer informasi antar profesi kesehatan/ PPA sehingga dapat tercapainya proses koordinasi pelayanan tanpa hambatan, aman dan efektif.
7. Bersedia menerima segala konsekuensi yang diberikan oleh pimpinan RS dalam memberlakukan kebijakan internal terkait penerapan *reward* dan *funishment* apabila menerapkan atau tidak tidak menerapkan standar keselamatan pasien rumah sakit.