

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan

Pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUD Padang Pariaman tahun 2018 belum terlaksana dengan baik dari segi *input*, proses dan *output*.

1. Komponen *Input*

- a. Dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di rawat inap, RSUD Padang Pariaman sudah berpedoman kepada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien. Kebijakan internal terkait sasaran keselamatan pasien yang dibuat rumah sakit sudah mengacu kepada kebijakan pusat dan KARS.
- b. Kegiatan pelaksanaan sasaran keselamatan pasien telah didukung oleh buku pedoman dan Standar Prosedur Operasional (SPO). Kebutuhan buku pedoman dan standar prosedur operasional sudah mencukupi untuk ruangan rawat inap (Bedah dan non Bedah).
- c. Jumlah tenaga pelaksana program keselamatan pasien sudah hampir mencukupi, karena RSUD Padang Pariaman sudah melaksanakan proses rekrutmen pegawai di awal tahun 2018.
- d. Metode dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien disesuaikan dengan SPO yang ada. Metode yang telah digunakan oleh RSUD Padang Pariaman ialah workshop, sosialisasi, supervisi dan monitoring evaluasi. Namun metode tersebut hanya dilaksanakan pada saat sebelum penilaian akreditasi tahun 2017. Pelaporan insiden keselamatan pasien belum pernah dilaksanakan.
- e. Anggaran RS yang mendukung program keselamatan pasien sudah hampir mencukupi dan bersumber dari dana pusat dan Badan layanan Umum Daerah (BLUD).
- f. Ketersediaan sarana pendukung pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di RSUD Padang Pariaman sudah ada, tapi masih belum optimal. Hal ini terkendala dalam proses pengadaan dan pemeliharaan, seperti gelang identitas pasien yang telah habis, belum terpasangnya

sarana telepon di rawat inap, sarana cuci tangan (*handrub* dan tisu) yang sering habis dan *handrail* belum terpasang di rawat inap non bedah.

2. Komponen Proses

Pelaksanaan enam sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUD Padang Pariaman masih belum mencapai standar. Capaian pelaksanaan sasaran keselamatan pasien 73,4%, dimana standar yang ditetapkan oleh Komisi Akreditasi Rumah sakit (KARS) adalah 100%. Yang menjadi perhatian utama dari keenam sasaran keselamatan pasien ialah SKP 1 (ketepatan identifikasi pasien), SKP V (Pengurangan Resiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan) dan SKP VI (Pengurangan) Risiko Pasien Cedera Akibat Jatuh) karena dalam pelaksanaannya belum menjadi budaya bagi petugas di rawat inap.

3. Komponen *Output*

Pencapaian target kepatuhan petugas dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di rawat inap RSUD Padang Pariaman belum menunjukkan hasil yang diharapkan. Jumlah rata-rata capaian keenam sasaran keselamatan pasien yaitu 73,4% (standar KARS 100%).

B. Saran

1. Direktur Rumah Sakit

- a. Melakukan pembinaan dan pengawasan kegiatan program keselamatan pasien yang dilaksanakan oleh Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) secara berkala (minimal 3 bulan sekali).
- b. Membuat kebijakan tentang pemberlakuan sistem reward untuk meningkatkan kinerja staf (fungsional dan manajemen) dalam peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien rumah sakit.
- c. Membuat kebijakan tentang pemberian jasa pelayanan kepada Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS).
- d. Menyiapkan sarana dan prasarana untuk kebutuhan program keselamatan pasien sesuai dengan standar akreditasi melalui

pengadaan dan penyediaan secara berkelanjutan seperti gelang identitas pasien, telepon, *handrub*, tissue, pemasangan *handrail* dengan melibatkan unit terkait.

2. Kepala Bidang Pelayanan Medik
 - a. Berkoordinasi dengan bagian kepegawaian dalam hal menggunakan analisa beban kerja (ABK) terkait pengaturan tenaga di pelayanan khususnya untuk tenaga perawat.
 - b. Melaksanakan supervisi secara berkala minimal 1 kali sebulan dalam rangka monitoring dan evaluasi pelaksanaan sasaran keselamatan pasien.
3. Tim Keselamatan Pasien
 - a. Mengembangkan program keselamatan pasien dengan cara menyusun program kerja tahunan.
 - b. Melaksanakan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien.
 - c. Melaksanakan pelatihan keselamatan pasien.
 - d. Melakukan pencatatan, pelaporan insiden, analisis insiden termasuk melakukan RCA (*Root Cause Analysis*) dan mengembangkan solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien.
4. Komite Medik dan Keperawatan
 - a. Meningkatkan komitmen tenaga medis dan paramedis dalam hal pelaksanaan sasaran keselamatan pasien.
5. Kepala Instalasi Rawat Inap
 - a. Melaksanakan sosialisasi ulang tentang sasaran keselamatan pasien pada saat rapat bulanan untuk meningkatkan kepatuhan petugas rawat inap dalam mengidentifikasi pasien, mencuci tangan sesuai dengan standar WHO dan pengurangan risiko cedera akibat terjatuh.
 - b. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di rawat inap.
6. Kepala Ruangan Rawat Inap
 - a. Membangun budaya pelaporan insiden keselamatan pasien di ruang rawat inap.

- b. Memberikan reward kepada staf yang sudah melaksanakan sasaran keselamatan pasien dan yang mau melaporkan kejadian insiden keselamatan pasien di rawat inap
7. Profesi Pemberi Asuhan (PPA)
- a. Menjalankan kebijakan yang sudah ditetapkan terkait keselamatan pasien.
 - b. Melaksanakan keenam sasaran keselamatan pasien sesuai dengan SPO yang ada.
 - c. Melaksanakan komunikasi yang efektif dengan metode SBAR antar Profesi Pemberi Asuhan (PPA).
8. Peneliti Selanjutnya
- a. Agar dapat meneliti faktor-faktor lain yang mempengaruhi pelaksanaan sasaran keselamatan pasien seperti kepemimpinan dan komitmen terhadap keselamatan pasien, motivasi dan beban kerja, tekanan dan psikologis, serta faktor individu terkait pengetahuan, keterampilan, sikap dan perilaku petugas di rumah sakit.
 - b. Penelitian mengenai sasaran keselamatan pasien dapat dilakukan di seluruh unit pelayanan rumah sakit seperti unit rawat jalan dan IGD, tidak hanya di unit rawat inap saja.

